

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

**BIENESTAR Y AFRONTAMIENTO RELIGIOSO EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS ADULTOS**

Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en
Psicología Clínica:

Presenta la bachillera:

AMADO RAMÍREZ, JOYCE ALESSANDRA SARITA

Asesora:

Dra. CASSARETTO BARDALES, MÓNICA DE LOS MILAGROS

LIMA, 2020

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue analizar la posible relación entre el bienestar y el afrontamiento religioso en pacientes oncológicos adultos de albergues de Lima Metropolitana. Para ello, se diseñó una investigación cuantitativa en un único momento y de manera voluntaria a través de una ficha de datos y tres pruebas distintas: Escala de Florecimiento, Escala de Afectividad Positiva y Negativa (Diener et al., 2010) y Escala Abreviada de Afrontamiento Religioso (Pargament et al., 1998), además de estrictos estándares éticos. La muestra fue de 55 pacientes oncológicos adultos (36 mujeres y 19 hombres) cuyas edades se encontraban entre 18 a 69 años ($M=37.87$, $DE= 14.99$), siendo la mayoría de provincia, con grado de instrucción mayor a secundaria y con un número máximo de 10 hijos ($M=1.96$, $DE=2.36$). Se encontraron relaciones entre la dimensión de afrontamiento religioso positivo y las variables positivas del bienestar: afectos positivos ($r=.61$, $p<.001$) y florecimiento ($r=.31$, $p<.05$). Por último, se encontraron diferencias en variables sociodemográficas como sexo, edad, lugar de procedencia, grado de instrucción y cantidad de hijos. Se discuten estos hallazgos, así como las limitaciones del estudio y futuras líneas a seguir.

Palabras clave: Bienestar, florecimiento, afectividad, afrontamiento religioso, pacientes oncológicos adultos.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the possible relationship between well-being and religious coping in adult cancer patients in shelters in Metropolitan Lima. For this, a quantitative investigation was designed at a single time and voluntarily through a data sheet and three different tests: Flourishing Scale, Scale of Positive and Negative Experience (Diener et al., 2010) and Brief Measure of Religious Coping (Pargament et al., 1998), in addition to strict ethical standards. The sample was 55 adult cancer patients (36 women and 19 men) whose ages were between 18 and 69 years ($M = 37.87$, $SD = 14.99$), the majority being from province, with a higher to secondary education degree and with a maximum number of 10 children ($M = 1.96$, $SD = 2.36$). The results found a relation between the dimension of positive religious coping and the positive variables of well-being: positive experience ($r = .61$, $p < .001$) and flourishing ($r = .31$, $p < .05$). Finally, differences were found in sociodemographic variables such as sex, age, place of origin, degree of education and number of children. These findings are discussed, as well as the limitations of the study and future lines to follow.

Key words: Well-being, Flourishing, Affectivity, Religious Coping, Adult cancer patients.

Tabla de contenidos

| | |
|--|----|
| Introducción | 1 |
| Método | 11 |
| Participantes | 11 |
| Medición | 11 |
| Procedimiento | 14 |
| Análisis de datos | 15 |
| Resultados | 16 |
| Discusión | 19 |
| Referencias | 28 |
| Apéndices | 50 |
| Apéndice A: Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Ítem-Test Corregidas del SPANE y Florecimiento. | 51 |
| Apéndice B: Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Ítem-Test Corregidas del SPANE y Florecimiento. | 52 |
| Apéndice C: Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Ítem-Test Corregidas del Brief-RCOPE | 53 |
| Apéndice D: Consentimiento informado | 54 |
| Apéndice E: Ficha sociodemográfica | 55 |

El cáncer es una enfermedad con una alta carga de sufrimiento personal y familiar, siendo un serio problema de salud pública en nuestro país y a nivel global ya que, tiene alto costo social y económico para la comunidad (INEN, 2016; Solidoro, 2010). En la actualidad, la creencia del cáncer como sinónimo de “muerte” se ve corregida por las pruebas de detección temprana y opciones de tratamientos avanzados, lo que permite que las personas con cáncer generalmente tengan una mayor sobrevida (Araújo, Barros y Tavares, 2019; Hopman y Rijken, 2015). No obstante, la adherencia a largos tratamientos, constantes hospitalizaciones y múltiples citas médicas representa un desafío a sus capacidades de adaptación.

De acuerdo con el Ministerio de Salud del Perú (2019) cada año se diagnostican más de 66 000 casos nuevos de cáncer en nuestro país y se estima que fallecen más de 32 000 personas por esta enfermedad. Respecto a la atención en Lima, los hospitales públicos concentran al 75 % de los pacientes oncológicos, aunque existen otros centros de atención privada; esto ocurre por la centralización de los servicios oncológicos en Lima, así como la falta de servicios integrales para tratar el cáncer (Sausa, 2018).

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2019), hospital con mayor atención a nivel de consulta externa, señala que el 59.6 % de pacientes que atiende residen en Lima y Callao, mientras que el 40.3 % provienen de provincia, siendo el resto población extranjera. Respecto a la proporción de pacientes de acuerdo a edad prima la población adulta (91.7 %). Asimismo, un 85.0 % de los pacientes oncológicos se atiende con el SIS (Seguro Integral de Salud), lo que responde a variables determinantes sociales de la salud como la pobreza, educación y urbanización.

Las personas afectadas por la enfermedad oncológica han de afrontar las secuelas permanentes de los tratamientos: problemas físicos, incertidumbre ante posibles recaídas, alteraciones en su estado emocional, imagen corporal, sexualidad, relación de pareja, hábitos de salud y problemas psicosociales (Cruzado, 2013; Stein, Syrjala y Andrykowski, 2008). Esto produce en los pacientes experiencias negativas que resultan en reacciones que oscilan desde la ansiedad, culpa, tristeza, miedo a la muerte, abandono o incapacidad hasta mecanismos de negación (Andersen y Simonelli, 2007; Díaz y Yaringaño, 2010).

Los problemas mencionados anteriormente muestran lo importante que es para los pacientes con cáncer enfrentar los desafíos de su enfermedad, lo cual puede ser

desadaptativo o adaptativo (Hopman y Rijken, 2015). Frente a ello, el ser humano es capaz de generar una respuesta de crecimiento o maduración personal, que no niega la vivencia del sufrimiento o las adversidades del diagnóstico, sino que lo intenta integrando un significado y sentido a su aparición (Costa y Gil, 2008). Esto va permitir que vaya adquiriendo progresivamente un control sobre los acontecimientos de su vida vinculados a esta enfermedad (Barroilhet, Forjaz y Garrido, 2005).

Hasta hace dos décadas, el foco de interés psicológico en el superviviente de cáncer se centraba en esta experiencia negativa, dolorosa y más reactiva a la enfermedad. Sin embargo, en la actualidad, se ha extendido notablemente el interés por el funcionamiento psicológico positivo en todo el proceso oncológico (Arnedo y Casellas-Grau, 2017). Es decir, que las personas con cáncer tienen deseos inherentes de crecimiento, sentido de determinación, coherencia y felicidad (Arnedo y Casellas-Grau, 2017; Batool et al., 2019). Por ello, el concepto de bienestar se ha convertido en los últimos años en un foco de interés no solo para psicólogos, sino a otros profesionales de las ciencias sociales y de la salud (Cassaretto y Martínez, 2017).

El bienestar es una construcción compleja que se refiere a las experiencias y funcionamientos psicológicos óptimos, dando origen a diversas aproximaciones que tratan de explicarla (Ryan y Deci, 2001). Las más conocidas surgen a partir de dos modelos tradicionales: “bienestar subjetivo” y “bienestar psicológico”. El primero se centra en la felicidad y define el bienestar en términos de placer y satisfacción por la vida. Mientras que el segundo se centra en el significado y la autorrealización, definiendo bienestar en términos del grado en el que la persona está funcionando plenamente. Dichos modelos se derivan de dos perspectivas filosóficas generales, el enfoque hedónico y eudemónico, respectivamente (Ryan y Deci, 2001).

En la actualidad se considera que, si bien los modelos son empíricamente separables, están altamente correlacionados (Keyes, Smotkin y Ryff, 2002; Joseph y Wood, 2010; Linley et al., 2009), por lo que ambos modelos no son excluyentes. Algunos investigadores combinaron los componentes hedónicos y eudaimónicos, y consideraron el bienestar como una mezcla de sentirse bien y funcionar bien (Huppert y So, 2013). Frente a esto, se sugiere un modelo de bienestar multidimensional que debe incluir estos dos constructos latentes, pero deben evaluarse separadamente para mantener su esencia (Keyes, 2002; Huppert y So, 2013; Linley et al., 2009).

En esta línea, Diener et al. (2010) propone un nuevo modelo de bienestar compuesto por el crecimiento psicológico o florecimiento (*Flourishing*) junto a los afectos positivos y negativos. Mientras que el concepto de florecimiento abarca el propósito en la vida, las relaciones positivas, el compromiso, la competencia, la autoestima, el optimismo y la contribución al bienestar de los demás; la afectividad se basa en el conjunto completo de sentimientos de los individuos en todas las culturas de una manera integral, y les otorga un peso positivo y negativo adecuado. Este modelo surge como unión de los aspectos del bienestar psicológico y bienestar subjetivo, tomando la esencia de ambas variables conceptualmente una independiente de la otra, lo cual resulta importante para el estudio del bienestar.

En un contexto oncológico, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer puede alterar significativamente la vida de las personas y hacer que cuestionen las creencias fundamentales sobre sí mismas y sobre el mundo en el que viven, lo que a menudo produce trastornos psicológicos (Oliveros, Barrera, Martínez y Pinto, 2010; Gil et al., 2008; Quartana et al., 2006). Sin embargo, parece que varios individuos progresan desde el diagnóstico al tratamiento y se recuperan sin dificultad significativa, lo que puede estar asociado a variables asociadas a la enfermedad oncológica (tipo de cáncer, estadio, tipo de tratamiento, tiempo transcurrido desde el diagnóstico, etc.) (Cruzado, 2013; Lechner et al., 2003; Quartana et al., 2006), además de otras variables sociodemográficas como la edad, el sexo, nivel educativo, entre otros (Cordova, Cunningham, Carlson y Andrykowski, 2001; Lechner et al., 2003; Linley y Joseph, 2004).

El primer momento en el que el paciente se enfrenta a su diagnóstico se produce un estado de incertidumbre y conmoción temporal que, una vez pasada la crisis, puede otorgarle un sentido y reevaluación acerca de cómo la enfermedad repercutirá en su vida (Peh et al., 2017; Peh et al., 2016; Kübler-Ross, 1969). En esa línea, Costa y Gil (2008) encontraron que durante los tres primeros meses después del diagnóstico si no hay presencia de ansiedad o se acepta la enfermedad es posible que en el futuro haya un crecimiento post traumático. Sin embargo, pacientes con diagnósticos recientes suelen responder de manera no adaptativa, por lo que experimentan niveles elevados de ansiedad y depresión (Peh et al., 2017). Es por eso que Córdova y colaboradores (2001) sugieren que el crecimiento aumenta con el tiempo después de un inicio diagnóstico de cáncer, ya que en ese punto se tiene un sentido de predictibilidad dentro de una gran incertidumbre (Costa y Gil, 2008).

En la actualidad, se han hecho estudios de bienestar con diversos tipos de cáncer, de los cuales los de más extensa investigación son en mujeres con cáncer de mama. Por ejemplo, en el estudio de Valderrama y Sánchez (2018), se encontraron niveles de depresión en pacientes con estadios más avanzados de este tipo de cáncer. Por otro lado, Kessler (2002) indicó que a pesar del estrés y resultados negativos que pueden derivar del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, las mujeres presentaron más afecto positivo que negativo.

No obstante, el bienestar psicológico de mujeres diagnosticadas recientemente con este tipo de diagnóstico suele ser desfavorable con relación al nivel de bienestar posterior (Frost et al., 2000). En otros trabajos, se señala que hay una respuesta inicial desfavorable frente a la acción quirúrgica (Lugo, Bacallao y Rodríguez, 2000). Finalmente, Borbón y Beato (2002), señalan que los sufrimientos psicológicos dependerán de la edad, el entorno familiar, laboral y social, de las características de la personalidad, así como la estrategia de afrontamiento al estrés que se desarrolle.

El bienestar de los pacientes depende de diversas variables que afectan al paciente y al contexto en el que interactúa y se desenvuelve. Sin embargo, con el paso del tiempo, el paciente utiliza y crea nuevos recursos para tener mayor predicción y control que le permitan afrontar de una manera diferente su problemática de salud a fin de reestablecer el equilibrio y continuar su vida incrementando los niveles de bienestar (Novoa, Vargas, Obispo, Vergara y Rivera, 2010). A pesar de dichos factores oncológicos es importante indagar, desde distintos modelos, la repercusión que tiene la enfermedad oncológica en el bienestar de los pacientes.

En las investigaciones con cáncer asociado a bienestar subjetivo, Clavarino, Najman y Beadle (2003) sugieren que la voluntad de vivir puede conducir a una evaluación optimista de la curabilidad, que a su vez mejora las evaluaciones del bienestar subjetivo de pacientes cercanos a la muerte. Así, la fase de remisión, puede estar asociada a la sensación elevada de gratitud y apreciación por la vida (Von Humboldt, Carneiro y Leal, 2017).

Según Graham y colaboradores (2017), se encontró que a mayor estadio de cáncer se asocia una baja satisfacción de la vida, produciendo problemas emocionales como ansiedad por metástasis, imprevisibilidad del futuro y ansiedad por el sufrimiento físico. Por otro lado, el cáncer en remisión se relaciona con una baja satisfacción de la vida del

paciente, lo cual se discute que logran encontrar un sentido en su vida frente a la adversidad.

Bellver et al. (2009) encontraron que la primera intervención psicológica es crucial para el mantenimiento del estado de ánimo positivo y la disminución del afecto negativo de las pacientes. Frente a este hecho, se debe tomar en cuenta la edad, pues es un factor relevante para la comprensión de las cogniciones de la enfermedad (aceptación y sensación de desamparo) (Palgi et al., 2014). Además, factores como alto nivel de apoyo social y niveles más bajos de estrés predijeron mayor bienestar subjetivo, por ejemplo, mientras más distanciamiento hay de la enfermedad, la autoestima se preserva mejor (Devins et al., 2015; McDonough, Sabiston y Wrosch, 2014).

En el caso del bienestar psicológico existen investigaciones en población oncológica, especialmente en contexto peruano. En algunas consideran las medidas de bienestar como puntuación global y en otras por dimensiones, aunque cabe destacar que en algunas no se han considerado todas las dimensiones del bienestar psicológico planteadas por Ryff. Por ejemplo, Aubert (2017) encontró una relación entre el bienestar psicológico global y los estilos para resolver problemas. En esa línea, Trigoso (2012) indica en sus resultados que el ajuste mental desadaptativo (Fatalismo, desesperanza y preocupación ansiosa) predice un bajo bienestar. Asimismo, un mayor uso del estilo evitativo para afrontar la enfermedad se relaciona con un menor bienestar psicológico (Becerra y Otero, 2014).

Además, Guil et al. (2016) encontraron que las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama presentan niveles elevados de bienestar psicológico, optimismo disposicional y resiliencia. Estos resultados respaldan la teoría de que las emociones y cogniciones positivas pueden ser resultado de la vivencia de situaciones traumáticas; que las personas tienen la capacidad de generar respuestas de crecimiento y maduración personal, sin negar la experiencia de la adversidad experimentada y dándole un significado o sentido a la misma (Calhoun y Tedeschi, 2014; Costa y Gil, 2008; Vázquez y Castilla, 2007).

Nuevas investigaciones han mostrado interés en los conceptos de florecimiento. Por ejemplo, en España se estudió la variable en padres de niños con cáncer, que señala que el bienestar está asociado con la satisfacción con el apoyo social y la capacidad de afrontamiento (Muñoz y Nieto, 2019). De la misma manera, Fuller-Thomson y West (2018) usan el concepto de florecimiento y la ausencia de enfermedades mentales como

la salud mental completa. En su estudio de un grupo de pacientes oncológicos de 50 años o más, encontraron que los pacientes recientemente diagnosticados tenían un menor florecimiento en comparación de aquellos que tuvieron un cáncer previo y aquellos sin historial de cáncer (Fuller-Thomson y West, 2018).

Tomando en cuenta los diversos modelos de bienestar, existe una relación particular con variables ligadas a las creencias como la esperanza, espiritualidad, religiosidad en pacientes oncológicos o población de enfermedades crónicas (Aloe, 2018; Laos, 2010; Price y Pistole, 2007; Puentes, Urrego y Pedraza, 2015; Redondo-Elvira, Ibañez-del-Prado y Barbas-Abad, 2017; Salehi y Dehshiri, 2018; Simkin, 2016; Vázquez, 2001; Zatiti et al., 2017). La religiosidad/ espiritualidad están relacionadas con el bienestar, pues el significado en la vida ha sido identificado como un mediador potencial del vínculo entre las dos variables planteadas (Steger, y Frazier, 2005).

En esta línea, Rodríguez (2011) señala que tanto la religiosidad como la espiritualidad dan una orientación positiva en la vida de las personas, ya que favorecen a actitudes introspectivas, proporcionan esperanza y sentido a sus vidas, produciendo mayores valores en autoestima, mayor satisfacción con la vida y un sentido de la vida (Nogueira, 2015). Es tan importante la relación entre espiritualidad/religiosidad que se ha planteado la existencia de una variable llamada “bienestar espiritual”, la cual refleja sentimientos positivos, comportamientos y conocimientos relacionados con uno mismo, los demás, lo trascendente y la naturaleza (Gómez y Fisher, 2003).

Según lo establecido por el Censo de 2017 (INEI, 2018), el Perú es un país altamente creyente, en el que la mayor parte de la población se identifica como católica (76%), seguida por la religión evangélica (14.1%). Por ello, se plantea que, temas ligados a la religión y su vivencia, tienen una relevancia significativa en un contexto como el nuestro. La religión puede influir en la evaluación, la valoración y la lectura que se hace del mundo y de los eventos de la vida (James y Wells, 2003), por lo que sirve como fuente de recursos para comprender y afrontar momentos difíciles (Abu-Raiya y Pargament, 2015; Ahles, Mezulis, y Hudson, 2016; Feder et al., 2013).

Cabe distinguir la diferencia entre las dos variables: espiritualidad/ religiosidad. En la literatura especializada suelen distinguirse los términos de espiritualidad, considerada como una motivación que orienta el comportamiento en el esfuerzo de construir un sentido más profundo para la vida desde una perspectiva escatológica

(relativa al destino del ser humano luego de su muerte); de la religiosidad, que remite al modo en que la espiritualidad es moldeada y se expresa a través de una organización comunitaria o social (Piedmont, 2012). Sin embargo, partiendo del hecho que la religión permite el desarrollo de recursos de afrontamientos en las personas que son creyentes, se plantea un nuevo constructo: el afrontamiento religioso (Pargament, 1997).

De esta manera, en los últimos años diversos estudios han centrado su atención en el papel que ocupa la religión en el afrontamiento de eventos estresores como el sufrir una enfermedad crónica (Año y Vasconcelles, 2005; Pargament, 1997; Phelps et al., 2009). Pargament (1997) argumenta la importancia del impacto de la religión para afrontar experiencias buenas y malas, desmentir los estereotipos y los prejuicios contra la religión que tienen muchos terapeutas. A partir de ello, se concentra en estudiar el afrontamiento religioso y lo define como un proceso que pone a la religión como el eje central en el desarrollo de estrategias de resolución de conflictos y problemas (Pargament, 1997).

Asimismo, hay una división en el afrontamiento religioso: el *afrontamiento positivo* se basa en la visión que tiene la persona de Dios como un ser que brinda amor o protección, lo que produce estrategias cognitivas (Rodríguez, Sayers y Martínez-Taboas, 2011) que pueden conducir a efectos beneficiosos como búsqueda de perdón o ayuda espiritual (Panzini y Bandeira, 2007). Por otro lado, el *afrontamiento negativo* implica un proceso de “lucha espiritual”, implicando una disposición a generar preguntas, dudas y tensiones en torno a lo divino, dentro de uno mismo y con los demás. Esto incluye cuestionar la existencia de Dios, así como la redefinición de este como un ser castigador o un acto de poder maligno (Freitas et al., 2015).

Los estudios sobre el afrontamiento religioso han sido aplicados en población de enfermedades crónicas (Büssing, Ostermann y Matthiessen, 2005; Choumanova, Wanat, Barrett y Koopma, 2006). Los resultados plantean que las personas con enfermedad crónica son más religiosas cuando son adultos mayores, no tiene una actividad laboral y pertenecen a un nivel educativo y estrato socio-económico bajo (Rivera-Ledesma y Montero-López, 2007; Quiceno y Vinaccia, 2011). Asimismo, frente a sentimientos de soledad, hay más uso de afrontamiento religioso positivo en mujeres que en hombres, así como en grupo de edades de 50 a 59 años y 80 a 100 años (Rivera-Ledesma y Montero-López, 2007).

En el estudio de Grover y colaboradores (2016) que comparó los estilos de afrontamiento religioso en personas con depresión, personas sin ningún diagnóstico psiquiátrico que presentaron autolesiones y controles sanos. Los resultados mostraron que tanto las personas con diagnóstico psiquiátrico como no psiquiátrico que se autolesionaron utilizaron con mayor frecuencia un afrontamiento religioso negativo. Además, este tipo de afrontamiento se relaciona con la impulsividad y la desesperanza, sintomatologías depresivas, ideas suicidas, ansiedad e irritabilidad.

Por otro lado, en el estudio de Krägeloh, Chai, Shepherd y Billington (2012) en universitarios de pregrado finalizado, el afrontamiento de participantes con bajo nivel de religiosidad estuvo asociado a un afrontamiento negativo. Mientras que los participantes con niveles más altos de religiosidad su afrontamiento religioso suele ser positivo. Sin embargo, los mismos autores sugieren que la investigación del papel del afrontamiento religioso requiere respuestas más complejas.

Según las sugerencias de Huerta y López (2019) las creencias religiosas permiten ofrecer respuestas al tránsito por el padecimiento o la muerte que generan recursos de lucha y aceptación; así como sirve de herramienta para un mejoramiento de la salud mental frente a situaciones estresantes a través de la búsqueda de recursos internos (Krägeloh, Chai, Shepherd y Billington, 2012; Moreira-Almeida, Lotufo y Koenig, 2006). Incluso en un estudio con veteranos de guerra con estrés post traumático, el afrontamiento religioso positivo podría ser un factor de protección contra la angustia severa después de las experiencias de combate (Mihaljević, Aukst-Margetić, Vuksan-Ćusa, Koić, y Milošević, 2012).

No obstante, en cuando la investigación en población oncológica, la escasa literatura indica nuevos cuestionamientos y, por ende, resultados diferentes. Según Holt et al. (2011), en su investigación que realizó con afroamericanos con cáncer, estudiaron variables como la afectividad, tanto positiva como negativa, y el afrontamiento religioso positivo y negativo. Los resultados mostraron que el afrontamiento religioso positivo fue predictor significativo de una afectividad positiva. Por otro lado, en el estudio Rand et al. (2012) los resultados indicaron que el afrontamiento religioso negativo repercute en la evaluación de la enfermedad, lo que produce sentimientos de angustia.

Si bien, el bienestar puede relacionarse fácilmente a un afrontamiento religioso positivo (Trevino, Archambault, Schuster, Richardson y Moye, 2012), el uso de la

religión como un recurso positivo puede dejar de ser efectivo cuando se afronta un cáncer avanzado (Maciejewski et al., 2012), o puede deberse a los antecedentes religiosos-culturales específicos de cada país (Zwingmann, Müller, Körber y Murken, 2008). Se resalta el hecho de que, si las creencias de las personas se ven conflictuadas por un “abandono de Dios”, esto puede generar también una aceptación de afrontamiento posterior, disminuyendo los niveles de ansiedad (Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar, Davidson y Newman, 2013).

Se ha comprobado que las personas con diversas enfermedades crónicas recurren con frecuencia a prácticas de tipo religioso y/o espiritual para afrontar el estrés que supone su situación, siendo este tipo de prácticas de gran ayuda para ellos, lo que produce menos estrés, depresión, dolor y aislamiento social (James y Wells, 2003; Rodríguez, 2011). Sin embargo, también puede suceder lo contrario: las personas pueden generar un “afrontamiento religioso negativo” que puede producir sentimientos negativos o una obstaculización en el crecimiento psicológico del paciente ante la ideación de un Dios como ser castigador (Koenig, 2009; Koenig, Pargament y Nielsen, 1998).

Hay estudios que relacionan religiosidad y/o espiritualidad con alteraciones psicopatológicas. Por ejemplo, se ha asociado relación entre tener una mayor religiosidad y sufrir más síntomas de trastorno obsesivo compulsivo (Sica, Novara y Sanavio, 2002); que las personas con más problemas psiquiátricos recurren con más frecuencia a la religión para afrontar una situación de enfermedad (Koenig et al., 1992); relación entre religiosidad y más ansiedad y sentimientos de culpa (Carone y Barone, 2001; Francis y Jackson, 2003; Harrison, Koenig, Hays, Eme-Ackwari, Pargament, 2001).

En ese sentido, uno de los peligros que puede producir el uso de la religión como modo de afrontamiento, es que se puede promover un pensamiento rigidizado o dogmático y una dependencia excesiva de normas y reglas, restringiendo la autonomía individual y favoreciendo tendencias obsesivo compulsivas en las personas (Altemeyer y Hunsberger, 1992), lo que puede producir no solo una aguda culpabilidad y miedo al “castigo de Dios”, sino una peor adaptación a la enfermedad (Baider y Sarell, 1983; Weisman, 1976).

Tomando en cuenta lo anterior, resulta interesante para la presente investigación indagar sobre el afrontamiento religioso y el bienestar en pacientes oncológicos. La mayoría de estudios resaltan potenciales efectos positivos que tiene la religión en las

personas (James y Wells, 2003; Meraviglia, 2004; Trevino, Archambault, Schuster, Richardson y Moye, 2012; Stefanek, McDonald y Hess, 2005). No obstante, desde el enfoque del afrontamiento religioso y de un concepto de bienestar más completo, no se ha indagado las formas en que el afrontamiento religioso puede relacionarse con el bienestar dentro de sus dos componentes. Por tanto, queda por averiguar qué potenciales efectos, tantos positivos como negativos, podría tener la religión. De la misma manera, dicho estudio responderá a las particularidades de nuestro contexto.

El 60% de los 12 000 pacientes que se atiende en hospitales de atención pública en Lima vienen de provincias porque en sus localidades no existen servicios integrales para tratar la enfermedad oncológica (Sausa, 2018). Esto estaría ligado muchas veces a que esta población está ubicada en estratos socioeconómicos bajos, padeciendo la desigualdad en el acceso a los programas de control de cáncer. Además, se espera que los resultados de este estudio contribuyan a desarrollar mayor investigación en el área de la psicooncología peruana, puesto que, la escasa literatura en nuestro país resulta una limitación para su progreso y repercusión a nivel mundial.

Tomando en cuenta la importancia de estudiar estas variables nuestro contexto que se plantea como propósito del presente estudio es analizar la posible relación entre el bienestar y el afrontamiento religioso en pacientes oncológicos adultos de albergues de Lima Metropolitana. Como objetivos específicos, se determinará si existen relaciones y/o diferencias en variables sociodemográficas (sexo, edad, lugar de procedencia, afiliación religiosa, entre otros) y de enfermedad (tipo enfermedad, tratamiento, entre otros). Para ello, se diseñó una investigación cuantitativa en un único momento y de manera voluntaria a través de una ficha de datos y tres pruebas distintas.

MÉTODO

Participantes

En el presente estudio participaron 55 pacientes oncológicos adultos de albergues de Lima Metropolitana. Las características que tuvieron una relevancia significativa fueron las siguientes: las edades de los participantes se encontraban entre 18 a 69 años ($M=37.87$, $DE= 14.99$); siendo 65.5 % mujeres y el resto hombres. La mayoría de los participantes provienen de provincia (72.7 %) y el resto de Lima (27.3 %). Asimismo, gran parte de los participantes tienen un grado de instrucción mayor a secundaria (81.9%). La mayoría de participantes referían hijos (56.4 %) con un número máximo de 10 ($M=1.96$, $DE=2.36$). Con respecto a las características de enfermedad oncológica, la mayor cantidad de participantes tienen un diagnóstico de tumores sólidos (70.9 %) y desconocen el estadio clínico del mismo (72.7 %), mientras que sus tratamientos médicos suelen ser principalmente quimioterapia y/o radioterapia (54.5 %). La religión católica es la creencia más usada entre los participantes (69.1 %) (Apéndice A).

En cuanto a los criterios, se excluyó del estudio aquellos pacientes que tenían un diagnóstico en estadio IV, metastásico, en recidiva, que estén recibiendo cuidados paliativos o que padezcan de algún diagnóstico neurológico que imposibilite la intervención. Para verificar los datos de exclusión, los albergues tenían una lista de los participantes que cumplían con los criterios, lo que facilitó dicho proceso. Tampoco se tomó en cuenta aquellos que referían no profesar una religión o se catalogasen como agnóstico o ateo.

Medición

Para la medición del bienestar se utilizaron las dos escalas de bienestar de Diener y colaboradores (2010). Estas incluyen: la escala de florecimiento (*Flourishing Scale, FS*) y la escala de afectividad positiva y negativa (*The Scale of Positive and Negative Experience, SPANE*). La primera escala determina el nivel de funcionamiento psicosocial de una persona, evaluando aspectos que van desde relaciones positivas hasta sentimientos de competencia y sentido y propósito en la vida. Mientras que la segunda escala evalúa

la presencia e intensidad de los afectos positivos y negativos en la persona. La evaluación de ambas escalas permite una aproximación al bienestar.

La escala de florecimiento consta de ocho ítems con un formato de respuesta escala Likert de siete opciones que va de 1 (*“Totalmente en desacuerdo”*) a 7 (*“Totalmente de acuerdo”*). Mientras que la escala de afectos positivos y negativos consta de doce ítems, con seis ítems dedicados a experiencias positivas y seis ítems diseñados para evaluar experiencias negativas. El formato de respuesta Likert consta de cinco opciones que va de 1 (*“Muy raramente o nunca”*) a 5 (*“Muy a menudo o siempre”*).

La prueba original fue desarrollada por Diener et al. (2010), los cuales validaron la prueba con 689 estudiantes de cinco universidades estadounidenses y una singapurense. La escala FS mostró una adecuada confiabilidad con un índice de consistencia interna de .87 y los análisis factoriales exploratorios arrojaron un único factor con varianza explicada de 53 %. Asimismo, la escala SPANE mostró un funcionamiento adecuado con índices de consistencia interna altos (.87 para la SPANE-P y .81 para la SPANE-N). Los análisis factoriales representaron para los afectos positivos (SPANE-P) el 61 % de la varianza y para los afectos negativos (SPANE-N) el 53 % de la varianza.

Estas dos medidas del bienestar han sido adaptadas y estudiadas en Canadá (Howell y Buro, 2015), Australia (Barrington y Shakespeare-Finch, 2013), Irán (Khodarahimi, 2013), Portugal (Silva y Caetano, 2013), Italia (Giuntoli, Ceccarini, Sica y Caudek, 2017), Japón (Sumi, 2014), China (Tong y Wang, 2017), India (Singh & Junnarkar, 2015; Singh, Ruch, & Junnarkar, 2014; Choudhry et al., 2018), Grecia (Kyriazos, Stalikas, Prassa y Yotsidi, 2018) y Croacia (Vujčić, Lipovčan, Larsen, Brajša-Žganec y Franc, 2017).

En Latinoamérica existe una validación del instrumento en el Perú, realizada por Cassaretto y Martínez (2017). En dicha investigación se realizaron dos estudios: el primero se aplicó a 656 estudiantes universitarios, en el que se determinó un coeficiente de confiabilidad para la escala de florecimiento de .89 y para las escalas de afecto positivo y negativo .91 y .87, respectivamente. La varianza explicada en el análisis factorial exploratorio para cada una de las escalas mencionadas fue, en su orden, de 52.82 %, 69.49 % y 61.56 %. El segundo estudio fue realizado con 201 universitarios en el que se realizó el análisis factorial confirmatorio para ambas escalas mediante el índice de ajuste corregido Satorra-Bentler, que muestra índices adecuados para ambos modelos:

floreCIMIENTO ($\chi^2 = 49.24$, $\chi^2/df = 2.46$, $p < .001$) con índices de ajustes adecuados ($RMSEA = .09$, $CFI = .98$, $SRMR = .06$), al igual que afectividad ($\chi^2 = 64.42$, $\chi^2/df = 1.21$, $p < .135$) ($RMSEA = .03$, $CFI = 1.00$, $SRMR = .05$). Asimismo, se determinó la validez convergente y divergente, encontrando una validez concurrente con otras escalas: Escala de Optimismo (LOT-R), Escala de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS), Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) y Escala de Bienestar (Bieps-A).

En la presente investigación, se obtuvo un alfa de Cronbach total de la escala de Florecimiento, Afectos positivos y Afectos negativos de .80, .84 y .78 respectivamente, en el análisis de confiabilidad por consistencia interna (Apéndice B).

Por otro lado, para medir el afrontamiento religioso se utilizó la Escala Abreviada de Afrontamiento Religioso (*Brief Measure of Religious Coping, Brief-RCOPE*) de Pargament et al. (1998). Esta prueba tiene como objetivo, evaluar los patrones de afrontamiento religiosos en población adolescente y adulta. La prueba está dividida en dos dimensiones: El afrontamiento positivo se define como el empleo de estrategias ligadas a la expresión de un sentido de espiritualidad, una relación segura con Dios, una creencia de que la vida tiene un significado y un sentido de conexión espiritual con los demás. Y afrontamiento negativo que, por el contrario, se caracteriza por el empleo de estrategias basadas en un descontento espiritual, que es la expresión de una relación menos segura con Dios, valorada esta como tenue y amenazadora.

La Escala *B-RCOPE* está compuesta por 14 ítems, siete ítems para cada dimensión. La escala presenta un formato de respuesta tipo Likert con cuatro opciones de respuesta en función del grado de acuerdo de los participantes, entre 0 (*Nunca*) y 3 (*Mucho*). Las puntuaciones de los siete ítems para cada escala se suman, lo que resulta en que las puntuaciones más altas representan una mayor presencia del constructo.

La prueba original fue desarrollada por Pargament et al. (1988) en Estados Unidos, los cuales hicieron las validaciones con dos muestras: La primera fueron 540 estudiantes universitarios que habían experimentado un grave acontecimiento negativo en sus vidas; y la segunda de 551 adultos hospitalizados que sufrían de enfermedades médicas. En la primera validación con la primera muestra se evidenció una consistencia interna moderadamente alta (.90 y .81 para las escalas positiva y negativa, respectivamente). El análisis factorial de esa escala abreviada reveló una solución de dos factores que representó aproximadamente el 33% de la varianza y un análisis factorial confirmatorio

mediante la prueba de chi cuadrado ($x^2 = 210.77$, $df = 64$, $p < .001$) e índices de ajustes adecuados ($GFI = .945$, $DELTA2 = .954$, $RNI = .954$, $RMSEA = .066$). En la segunda validación con la segunda muestra, presentó un coeficiente de alfa de .87 y .69 para cada escala respectiva. Esta última versión produjo un análisis factorial de ambas áreas que representaron el 38% de la varianza y un análisis factorial confirmatorio e índices de ajuste igual de significativo que el anterior ($x^2 = 263.30$, $df = 64$, $p < .001$) ($GFI = .934$, $DELTA2 = .921$, $RNI = .920$, $RMSEA = .076$).

Esta medida de afrontamiento religioso ha sido validada en Estados Unidos (Pargament et al., 2011), Francia (Caporossi, Trouillet, y Brouillet, 2012), Grecia (Paika et al., 2017), Italia (Giaquinto, Cipolla, Giachetti, y Onorati, 2011) e Irak (Al-Hadethe, Hunt, Thomas y Al-Qaysi, 2016). Por otro lado, en Latinoamérica existen validaciones en Brasil (Freitas et al., 2015; Ramirez et al., 2012), México (Rivera-Ledesma y Montero-López, 2007; Robles-García et al., 2014) y Argentina (Mezzadra y Simkin, 2017), aunque en este último estudio se modifican la escala Likert de la prueba original.

Para la presente investigación se usó la validación de Martínez y Sousa (2011) realizado Texas, Estados Unidos, la cual se considera pertinente debido a la aplicación en población hispana. El estudio se realizó con una muestra de conveniencia de 121 mexicanoamericanos con diabetes en el que se determinó un coeficiente de confiabilidad para las subescalas de afrontamiento religioso positivo y negativo de .81 y .84 respectivamente y el análisis factorial reveló una solución de dos factores que explicó el 62.4 % de la varianza. Para los análisis factoriales confirmatorios se aplica la prueba de Bartlett del nivel de significación de la esfericidad ($\chi^2 = 745.105$, $df = 91$, $p < .001$), lo que indica que los datos son apropiados para el análisis factorial. Por otro lado, en el análisis de consistencia interna se eliminaron los ítems 6 y 7 de afrontamiento religioso positivo, y el ítem 13 de afrontamiento religioso negativo, ya que tenían índices de inconsistencia y falta de homogeneidad para los elementos apropiados de la escala.

El análisis de consistencia interna del presente estudio con respecto a la escala de Afrontamiento Religioso Positivo y Afrontamiento Religioso Negativo, se obtuvo un alfa de Cronbach de .83 y .60 respectivamente (Apéndice C).

Procedimiento

Respecto a los lineamientos establecidos por los tres albergues a los que se visitó, se entregó una carta solicitando el permiso para la aplicación correspondiente, informando el propósito de la investigación, así como los aspectos éticos del mismo. Con la aprobación de los albergues, en los espacios comunes de los mismos, se estableció contacto con los participantes de manera individual, realizando una lectura conjunta del consentimiento informado (Apéndice D). Luego, se les solicitó firmar dicho documento confirmando su participación voluntaria. Posteriormente, se les administró una ficha de datos (Apéndice E), seguida de los instrumentos correspondientes. Cabe mencionar que, durante el acercamiento a los participantes, a quienes que se mostraban movilizados frente al abordaje se les brindó un espacio de escucha y se derivó al área de psicología del albergue.

Análisis de datos

Se utilizó el software estadístico SPSS versión 23 para realizar el proceso de análisis de los datos recogidos, obteniendo los datos estadísticos descriptivos de la muestra. Asimismo, se halló la confiabilidad de cada instrumento y de sus respectivas áreas por medio del alfa de Cronbach. Se analizó la distribución de la muestra usando la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov, la cual arrojó valores que indican una distribución no normal en los puntajes de varias escalas. No obstante, para comprobar si había casos de no normalidad extrema, se revisaron los coeficientes de asimetría ($> | 3 |$) y curtosis ($> | 10 |$). Dado que estos últimos se mantuvieron dentro de los parámetros señalados se pudo utilizar análisis estadísticos paramétricos robustos (Kline, 2010).

Para los objetivos específicos, se realizó un contraste de medias utilizando las pruebas paramétricas de T-Student y ANOVA. Por último, se analizaron las correlaciones entre afrontamiento religioso con bienestar y las variables sociodemográficas, de enfermedad y tratamiento médico mediante el estadístico r de Pearson.

RESULTADOS

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos del estudio. En primer lugar, se presentarán los resultados de las correlaciones entre ambas variables. En segundo lugar, se detallarán los datos descriptivos de todas las escalas. Posteriormente, se analizarán las diferencias entre bienestar y afrontamiento religioso de acuerdo a los datos sociodemográficos, de enfermedad y tratamiento médico.

Para cumplir el propósito principal del estudio, se realizaron las correlaciones entre las variables de bienestar y afrontamiento religioso y se hallaron relaciones significativas (Tabla 1). Se encontraron relaciones entre la dimensión de afrontamiento religioso positivo y las variables positivas del bienestar: afectos positivos y florecimiento. Además, se encontraron relaciones esperadas entre las dimensiones de bienestar, siendo más fuerte entre florecimiento y afecto positivo. En cuanto al afrontamiento religioso negativo no se encontraron diferencias significativas en la correlación.

Tabla 1
Correlaciones entre Afrontamiento Religioso y Bienestar

| | AN | FL | ARP | ARN |
|-----|---------------|---------------|---------------|------|
| AP | -.39** | .65*** | .61*** | -.06 |
| AN | - | -.26 | -.13 | -.03 |
| FL | | - | .31* | -.18 |
| ARP | | | - | .05 |

AP: Afectos Positivos; AN: Afectos Negativos; FL: Florecimiento; ARP: Afrontamiento Religioso Positivo; ARN: Afrontamiento Religioso Negativo. N=55, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Con respecto a los datos descriptivos de las escalas aplicadas en este estudio, si bien no se puede interpretar los niveles de cada variable en esta población, se observa una menor heterogeneidad de resultados en la variable de afrontamiento religioso negativo con respecto a las otras variables (Tabla 2). Al hacer contraste entre las escalas de afectividad, se encontró que los niveles de afecto positivo son mayores que los negativos ($t(54) = 9.06, p < .001, d = 2.40$). De manera similar, se encuentra que los participantes presentan mayores niveles de afrontamiento religioso positivo que negativo ($t(54) = 12.57, p < .001, d = 2.34$).

Tabla 2
 Datos descriptivos de Afrontamiento Religioso y Bienestar

| | M | D.E | Min | Max |
|-----|-------|------|-----|-----|
| AP | 23.31 | 4.66 | 10 | 30 |
| AN | 14.07 | 4.41 | 6 | 28 |
| FL | 46.18 | 6.75 | 26 | 55 |
| ARP | 15.13 | 4.62 | 6 | 21 |
| ARN | 5.55 | 3.48 | 0 | 17 |

N=55, AP: Afectos Positivos; AN: Afectos Negativos; FL: Florecimiento; ARP: Afrontamiento Religioso Positivo; ARN: Afrontamiento Religioso Positivo

En cuanto a los objetivos específicos, se buscó determinar si existían diferencias significativas según los datos sociodemográficos, de enfermedad y tratamiento médico. Sin embargo, algunas de estas características sociodemográficas, entre las que se encuentran lugar de procedencia, religión, pareja, movilización por salud, tiempo en Lima y todos los datos de enfermedad y tratamiento médico, no mostraron diferencias significativas en ninguna de las variables psicológicas.

Respecto al bienestar, se encuentran diferencias en los niveles de afecto negativo de acuerdo a sexo, de modo que las mujeres presentan mayores niveles que los pacientes varones (Tabla 3).

Tabla 3
 Diferencias de grupo para afectos negativos según sexo

| | Sexo Femenino (N=36) | | Sexo Masculino (N=19) | | <i>t</i> | <i>gl</i> | <i>d</i> |
|----|-------------------------|------|--------------------------|------|----------|-----------|----------|
| | M | D.E | M | D.E | | | |
| AN | 15.06 | 4.83 | 12.21 | 2.68 | 2.81** | 52.81 | 0.73 |

N=55 ** $p < .01$

Respecto al afrontamiento religioso, se encuentran varias diferencias. Así, se encontró que la edad del paciente estaba asociada de manera directa con el afrontamiento religioso positivo ($r=.31, p < .05$) y, a menor nivel educativo mayor uso del este tipo de afrontamiento ($r=-.42, p < .01$).

La condición de tener hijos mostró diferencias respecto al afrontamiento religioso, hallándose que quienes tenían hijos mostraban mayores usos del afrontamiento religioso positivo (Tabla 4) y que a mayor número de hijos mostraban mayor uso de este afrontamiento ($r=.36, p < .01$).

Tabla 4
Diferencias de grupo para afrontamiento religioso positivo según hijos

| | Sin hijos (n=24) | | Con hijos (n=31) | | <i>t</i> | <i>gl</i> | <i>d</i> |
|-----|---------------------|------|---------------------|------|----------|-----------|----------|
| | M | D.E | M | D.E | | | |
| ARP | 13.58 | 4.22 | 16.32 | 4.61 | -2.27* | 53 | -0.62 |

N=55 * $p < .05$



DISCUSIÓN

El cáncer afecta la vida de una persona en múltiples niveles, tanto físico, psicológico, social y espiritual, produciendo cambios significativos en su vida (Cruzado, 2013; Rustøen y Hanestad, 1998; Stein, Syrjala y Andrykowski, 2008). Frente a ello, el paciente desarrolla progresivamente nuevos recursos que le permiten afrontar de una manera diferente su problemática de salud a fin de reestablecer el equilibrio y continuar su vida incrementando los niveles de bienestar (Novoa, Vargas, Obispo, Vergara y Rivera, 2010). Algunas personas recurren a la fe, la esperanza y al apoyo espiritual como modo de afrontamiento a dichos eventos estresantes; sin embargo, este tipo de noticia también puede ser el inicio de una lucha espiritual que presagie una merma en la salud física y mental (Pargament y Ano, 2006).

Por ello, el afrontamiento religioso podría ser una variable que contribuya o disminuya el bienestar de las personas creyentes que atraviesan por un diagnóstico oncológico, dando paso a conocer si el aspecto religioso permite que los pacientes enfrenten las dificultades y retos de su enfermedad de manera adaptativa o desadaptativa, produciendo un mejor bienestar o, por el contrario, produciendo afectos negativos (Hills, Paice, Cameron y Shott, 2005; Kershaw, Northouse, Kritpracha, Schafenacker y Mood, 2004). Dado que no hay suficientes investigaciones de dicho vínculo, se planteó como propósito de este estudio conocer la posible relación entre el afrontamiento religioso y el bienestar en pacientes adultos oncológicos y, además determinar las relaciones y/o diferencias entre estas variables psicológicas con las sociodemográficas y de enfermedad.

En cuanto al objetivo central de la investigación, se encontraron relaciones entre la dimensión del afrontamiento religioso positivo y las variables positivas del bienestar: afectos positivos y florecimiento. Las relaciones que se encontraron fueron estadísticamente significativas, directas y de mediana intensidad entre las variables. Por otro lado, se desarrollarán posibles respuestas frente a los resultados que no tuvieron una relación como la que se esperaba, tal como la variable de afrontamiento religioso negativo.

De manera específica, se encontró una relación estadísticamente significativa y fuerte entre afrontamiento religioso positivo y afectos positivos. Los resultados coinciden con la investigación de Holt y colaboradores (2011), donde se demostró que el

afrontamiento religioso positivo fue predictor significativo de una afectividad positiva. La literatura señala que la religión como recurso de afrontamiento induce un estado mental positivo (Ellison y Levin, 1998; Fredrickson, 2002; Levin y Vanderpool, 1989; Mullen, 1990). Asimismo, se discute que las personas creyentes pueden experimentar emociones positivas como el amor, esperanza, gratitud y perdón mientras oran a un Dios o recurren a la religión (Emmons, 2008; Farhadian y Emmons, 2009; Kaplan et al., 1994).

Debido al desconocimiento de la dirección en que dicha relación se produce, se puede decir también que los pacientes que gozan de afectos positivos usan un afrontamiento religioso positivo, ya que logran dar un significado positivo en sus vidas después del diagnóstico oncológico (Kállay, 2008). Por ejemplo, Von Humboldt, Carneiro y Leal (2017) y Clavarino, Najman y Beadle (2003) indican que voluntad de vivir, la sensación de gratitud y apreciación por la vida puede mejorar las evaluaciones del bienestar subjetivo. Asimismo, se cree que las creencias y prácticas espirituales promueven el ajuste al cáncer, lo que permite una sensación de superar miedos, encontrar esperanza, encontrar significado en la vida y la muerte, encontrar recursos espirituales o alguien con quien hablar (Moadel et al., 1999).

En cuanto a la relación entre afrontamiento religioso positivo y florecimiento, si bien no hay investigaciones que relacionen el florecimiento con el afrontamiento religioso, si hay resultados similares a los recogidos con la variable de bienestar psicológico, el cual es la base del florecimiento (Diener et al, 2010). Las investigaciones señalan que los pacientes que recurren a la religión refieren tener un mayor bienestar psicológico como encontrarse con uno mismo y buscar la trascendencia (Meraviglia, 2004; Stefanek, McDonald y Hess, 2005). De igual manera, el recurrir al apoyo de Dios de manera positiva se asocia con un mejor funcionamiento emocional e interpersonal (Agarwal et al. 2010; Gall 2004), así como una mejor calidad de vida en general (Tarakeshwar et al. 2006).

Por otro lado, aspectos que involucran el bienestar psicológico, tales como tener un sentido de trascendencia en la vida personal, creer en la unidad, el propósito de la vida y tener la sensación de estar conectado con los demás y el mundo en general, pueden estar ligados al uso de la religión como eje positivo para afrontar aspectos negativos en la vida (Saroglou, Buxant y Tilquin, 2008). De igual forma, las personas tienen la capacidad de generar respuestas de crecimiento y maduración personal sin negar la experiencia de la

adversidad experimentada (Calhoun y Tedeschi, 2014; Costa y Gil, 2008; Vázquez y Castilla, 2007), lo que puede suponer que dicha capacidad conduzca a las personas a la religión.

Cabe señalar que se encontraron relaciones esperadas entre el afecto positivo y el florecimiento. Tal como señala el modelo de Diener et al. (2010), el florecimiento abarca el propósito en la vida, las relaciones positivas, el compromiso, la competencia, la autoestima, el optimismo y la contribución al bienestar de los demás. Esta variable se relaciona con aspectos positivos de la afectividad siendo la parte positiva del bienestar, lo que explica por qué su relación es muy significativa. Asimismo, su relación con el afrontamiento religioso positivo está ligado a sentimientos positivos como amor o protección por un Dios (Rodríguez, Sayers y Martínez-Taboas, 2011), así como búsqueda de conectividad con otros y un sentido de vida (Pargament et al., 1998).

Además, los resultados indican que existen más afectos positivos que negativos en los pacientes. Es importante recalcar la pertinencia de que tanto la escala de afectos positivos y afectos negativos se miden de manera separadas, ya que permite que la persona no se sienta de una sola manera u otra, sino que pueda escoger dentro de una gama de emociones cómo se está sintiendo (Diener et al., 2010). Algunos investigadores han argumentado que la independencia en ambas escalas es un “artefacto del método” debido a la influencia de los estilos de respuesta en las señales de afecto (Green, Goldman y Salovey, 1993). Si se tomasen de manera separadas, los resultados estarían contaminados por los estilos de respuesta, además de que estos son muy débiles de manera independiente (Schimmack, 2003, 2007; Watson y Clark, 1997).

Algo similar ocurre con las escalas de afrontamiento religioso positivo y negativo, puesto que el afrontamiento religioso no puede "reducirse" a formas no religiosas de afrontamiento. Las medidas de afrontamiento religioso también son predictores más fuertes de los resultados de situaciones estresantes que las medidas genéricas tradicionales de religiosidad (por ejemplo, frecuencia de oración, frecuencia de asistencia, saliencia religiosa). Por ende, los métodos de afrontamiento religioso median las relaciones entre la orientación religiosa general de un individuo y los resultados de los principales eventos de la vida (Pargament, 1997; Pargament, Smith, Koenig y Perez, 1998), por lo que su medida en conjunto es necesaria.

De manera similar, no se encontró ninguna correlación inversa entre las variables de afrontamiento religioso negativo y positivo, así como las relaciones entre afrontamiento religioso negativo y afectos negativos. En relación al primero, hay estudios angloamericanos que indican que existe una relación inversa entre ambos estilos de afrontamiento religioso, aunque en otras culturas esto no ocurra, ejemplo de ello sería Alemania (Zwingmann, Wirtz, Müller, Körber y Murken, 2006). En segundo lugar, algunos estudios indican que el afrontamiento religioso negativo en lugar del positivo predice resultados de salud importantes, ya que las personas pueden estar en medio de la lucha religiosa, lo que está relacionada con depresión y/o ansiedad (Hebert, Zdaniuk, Schulz y Scheier, 2009; Pargament, Smith, Koenig y Perez, 1998).

Tomando este último punto, se puede hipotetizar que las personas con una enfermedad oncológica se ven constantemente presionadas a tener que referir afectos positivos y reprimir los negativos, tanto bajo dictamen de la religión como de los demás. Esto ocurre por una marcada deseabilidad social de mostrar “fortaleza” y evitar mostrar un lado vulnerable frente a la situación estresante por el que atraviesa el paciente como modo de afrontamiento a la enfermedad (Castelo et al., 2008).

También, es posible que tener poca heterogeneidad en la muestra en relación a esta variable haya influido en los resultados. Por ejemplo, afrontamiento religioso positivo tiene un rango de 6 a 21 puntos, mientras que afrontamiento religioso negativo oscila entre 0 a 17 puntos. En las investigaciones de Rand et al. (2012) y Rodríguez, Sayers y Martínez-Taboas (2011), el afrontamiento religioso tiene relación con afectos negativos, estrés y sintomatología depresiva. No obstante, Rivera-Ledesma y Montero-López (2007) indican que la escala de afrontamiento religioso negativo requiere mayor investigación por la falta de consistencia interna de la escala y la falta de relaciones con otras variables positivas.

El aspecto anterior en mención, también podría estar vinculado a la mencionada deseabilidad social que dificulta que se reconozca pensamientos negativos sobre temas religiosos. El Perú es un país altamente creyente (INEI, 2018), por lo que el miedo al castigo de Dios se puede traducir en mostrar solo los aspectos positivos de su creencia religiosa y la represión de emociones negativas o críticas a dicha deidad (Freitas et al., 2015; Panzini y Bandeira, 2007). De otro modo, está la deseabilidad social arraigada a quién la religión permite un mayor reconocimiento de aspectos ligados al afrontamiento

positivo, mas no negativo. Además, el cáncer implica sentimientos de incertidumbre frente al bienestar, por lo que leer los ítems de esta escala puede generar un encuentro con su parte más vulnerable que no desean dar cabida en el momento (Oliveros, Barrera, Martínez y Pinto, 2010; Gil et al., 2008).

Tomando en cuenta lo anterior, en cuanto a los objetivos específicos, es interesante observar que podría haber un rol diferenciado del sexo, especialmente respecto a la expresión de afectos negativos, siendo mayor en mujeres que en hombres. Algunas investigaciones difieren de este resultado, indicando que las mujeres tienen mayores afectos positivos que los hombres en un ámbito oncológico (Lechner et al., 2003; Linley y Joseph, 2004; Wood, Rhodes y Whelan, 1989). No obstante, la investigación de Fujita, Diener y Sadvik (1991) coincide en que las mujeres informan más afectos negativos e intensidad de emociones que los hombres; estas diferencias se encuentran relacionadas a cómo las mujeres afrontan la sintomatología depresiva. Nolen-Hoeksema (1987) detalló en uno de sus estudios que las mujeres centran su atención en su estado de ánimo deprimido, mientras que los hombres tratan de distraerse cuando están deprimidos.

Cabe señalar que el patrón de hallazgos de la diferencia de sexos ha llevado a algunos a sugerir que las mujeres son más emocionales que los hombres, siendo esta mayor emocionalidad resultado de estereotipos y roles de género (Lucas y Gohm, 2000). Es probable que estas diferencias dependan de las circunstancias y de los factores desencadenantes particulares de la situación, como en este caso, que se establece en un ámbito oncológico. En la investigación de Cerezo, Ortiz-Tallo y Cardenal (2009), indican que la mayoría de mujeres con cáncer presentan dificultades en reconocer sus necesidades personales y emocionales, lo que puede generar sentimientos de impotencia, inutilidad y baja autoestima, centrándose en los aspectos negativos de sí mismas.

Por otro lado, los afectos negativos producidos en mujeres con diagnóstico oncológico pueden verse influenciadas por variables como el apego, el diagnóstico oncológico, estadio clínico, entre otros (Alonso y Ezama, 2016; Tomich y Helgeson, 2004; Voogt et al., 2005). Desde otro punto de vista, una de las razones por las que los varones tienen menos afectos negativos se puede atribuir a conductas estoicas, debido a que las actitudes tradicionales consideran inaceptable la expresión de emociones de los hombres, pues mostrarían sus lados vulnerables (Addis y Mahalik, 2003; Calderón et al., 2017; Murray et al., 2008). Con ello, pueden sentir que buscar y recibir apoyo social,

informar síntomas y efectos secundarios del tratamiento o pedir ayuda no son comportamientos "varoniles" aceptables (Nicholas, 2000).

En cuanto a las relaciones respecto al afrontamiento religioso positivo, se halló que mientras más edad tenía el paciente, mayor era el uso de este tipo de afrontamiento. Los pacientes oncológicos con más edad y, por ende, con creencias ya establecidas tienden a usar la religión como eje central de afrontamiento frente a eventos negativos (Blazer y Palmore, 1976; Clark et al., 1996; Koenig, George y Siegler, 1988; Larson et al., 1989; Rivera-Ledesma y Montero-López, 2007). En contraste, los jóvenes, quienes recién están entrando a la adultez, pueden recurrir a otros modos de afrontamiento frente a una situación estresante además de su fe (Phillips, Chamberlain y Goreczny, 2014).

En la mayoría de los casos, tener cáncer predice una mayor actividad religiosa con el tiempo, en comparación con tener otra enfermedad o ninguna (Musick, Koenig, Hays y Cohen, 1998). El cáncer está relacionado a un acercamiento a la muerte, por lo que, en un esfuerzo por aliviar el miedo y la pena a esta, los pacientes a menudo buscan redefinir su relación con Dios mediante el logro de la serenidad espiritual (Hughes, Schumacher, Jacobs-Lawson y Arnold, 2008). Por ello, mientras más edad tenga la persona, el afrontamiento religioso tiene un efecto positivo, ya que se convierte en un estilo de resolución de problemas menos autodirigidos (Stanley et al., 2011).

En el estudio de Phillips, Chamberlain y Goreczny (2014) se discute que quizás los adultos con más edad y con más experiencias de vida, puedan desarrollar la capacidad de control mediante religión como modo de afrontamiento. Por el contrario, los adultos más jóvenes pueden adaptarse a situaciones de gran estrés mediante otras formas de afrontamiento tal como el apoyo social (Folkman et al., 1987). De igual forma, en este rango de edad desarrollan un tipo de pensamiento reflexivo que involucra una evaluación continua de la información y sus propias creencias a la luz de la evidencia y consecuencias (Dewey, 1928).

En el Perú se evidencia una precariedad educativa con jóvenes y adultos, en el que la población nacional de 25 a 34 años tiene un grado de instrucción equivalente al tercer grado de secundaria e incluso básica incompleta, lo que genera muchas veces exclusión social y marcadas experiencias de fracaso escolar (Rivero, 2008). Esto se vincula con la relación hallada entre el afrontamiento religioso positivo y el nivel educativo, en el que a menor nivel educativo se hace más uso de esta escala. El bajo grado de instrucción puede

relacionarse con un bajo ingreso económico, por lo que la fe en Dios se convierte en un recurso útil para satisfacer aquellas necesidades que no pueden suplir (Soriano y López, 2012).

Al parecer la religiosidad puede ser especialmente útil para los grupos socialmente marginados, como el pertenecer a una clase económica baja o tener un grado de instrucción bajo. Por ende, integran a la religión más plenamente en sus vidas, ya que esta ofrece recursos accesibles, rutas alternativas a los roles de liderazgo y redes de apoyo social proporcionadas por la propia iglesia, para que las personas obtengan validación, respeto y sean aceptadas (Pargament 1997; Wadsworth, 2011). En un ámbito como el cáncer, tienen una capacidad reflexiva sobre su vida futura, mientras que las personas adultas se sienten más seguros sobre la trascendencia a través de la religión (Tomer, 2000).

Estos resultados también se discuten en la investigación de Spilka y colaboradores (2003) en las que, enfermedades como el cáncer, se puede esperar que las personas acudan a la religión con el propósito de un posible restablecimiento de la salud. De la misma manera, indican que en la medida en que los pacientes con cáncer sienten que Dios controla las cosas, su sentido de amenaza a la vida disminuye y su autoestima mejora.

La religión como modo de afrontamiento tiene también un efecto en procesos importantes en el matrimonio como en la planificación familiar. Por ejemplo, en versiones más conservadoras de religiones como el cristianismo y el islam, la mujer adquiere un rol exclusivo de madre que impide que busque activamente un trabajo, así también puede traducirse en el hecho de que familias tengan más hijos de los que pueden sostener para así dar cuenta de un precepto religioso (Keister, 2012). Esto se relaciona con el resultado de la relación entre hijos y el uso del afrontamiento religioso positivo, en el que se observa que el tener hijos y tener una mayor cantidad de hijos impulsa que los pacientes oncológicos usen a la religión como medio de afrontamiento positivo.

Check y colaboradores (2017) señalaron que la mayoría de los participantes que tenía una enfermedad oncológica informaron que tener hijos influyó en la manera de afrontar el cáncer, tanto por la extensión de vida y la preservación del funcionamiento parental como prioridades. En esta línea, el tener una mayor cantidad de hijos representa un mayor riesgo a la pérdida parental y responsabilidad de cuidado de los suyos por miedo a un diagnóstico oncológico con un mal pronóstico. Soriano y López (2012), por su lado,

indica que la percepción del apoyo que Dios a las personas permite fortalecer sus relaciones familiares y establecer redes y mecanismos de apoyo con otras personas, como los amigos y los vecinos, con el fin de salir adelante.

En conclusión, a raíz de los resultados de la presente investigación, habría que tomar más importancia al recurso de religiosidad como eje de afrontamiento positivo que permita una mejor adaptación a la enfermedad oncológica, puesto que se relaciona con las variables positivas del bienestar. No obstante, se considera que estos resultados requieren una mirada crítica, ya que el estudio se realizó con una muestra de 55 participantes, lo que influye en la cantidad de relaciones significativas que se han encontrado. El conocer más cómo el afrontamiento religioso influye en el bienestar de las personas nos permitiría usar dicho recurso para un trabajo psicológico que permita brindar una mejor adaptación intrahospitalaria y de tratamiento médico a los pacientes.

Tomando en cuenta lo anteriormente señalado, hay que considerar que existen limitaciones dentro de este estudio. Inicialmente se realizó un proceso de documentación para contar con la participación de pacientes adultos oncológicos dentro de una institución especializada en enfermedades neoplásicas de Lima Metropolitana. Sin embargo, el proceso fue lento y difícil por lo que se tuvo que buscar acceso a otros centros que tuvieran contacto con pacientes oncológicos. Por otro lado, el proceso de recolección de datos en los albergues fue complejo, tomando 3 meses de duración en el levantamiento de datos individual. Si bien se han obtenido resultados interesantes, esto impidió llegar a un número mayor, lo cual permitiría determinar con mayor claridad si existirían mayores relaciones y diferencia en las variables. En retrospectiva, se considera contar con más tiempo para el proceso de documentación y la aplicación del protocolo.

En próximas investigaciones, se recomienda tomar en cuenta la manera en que la condición de tener una enfermedad oncológica resulta invasiva para los participantes a la hora de responder a los ítems de cada escala. Si bien las pruebas cuentan con estudios psicométricos que respaldan el contenido de cada área e ítems, resultaría interesante poder convalidar las pruebas en un ámbito oncológico, especialmente la escala de afrontamiento religioso, para indagar con mayor profundidad las relaciones de las variables negativas sin verse influenciada por el miedo al castigo religioso o a la crítica social. Por otro lado, si bien no se consideró dentro de la investigación indagar sobre la participación y práctica

de actividades religiosas, se sugiere añadir dicha pregunta para un conocimiento más profundo sobre el uso de la religión como modo de afrontamiento.

Asimismo, se recomienda la realización de una investigación correlacional a futuro de estrés o sintomatología depresiva/ansiosa y afrontamiento religioso negativo en pacientes oncológicos adultos para un mejor entendimiento de cómo las variables de la enfermedad que generan estrés (diagnóstico oncológico, tratamiento médico, estadio clínico, entre otros) pueden relacionarse con un afrontamiento religioso negativo. Del mismo modo, sería importante indagar acerca de la relación entre optimismo, adherencia al tratamiento y esperanza con afrontamiento religioso positivo, lo que podría dar luz a datos interesantes.

Se considera que la investigación presentada contribuye a una mejor comprensión de cómo el afrontamiento religioso positivo está relacionado a variables positivas del bienestar en los pacientes adultos que atraviesan una enfermedad oncológica. No es intención de la investigación fomentar el uso de la religión como modo de afrontamiento, sino poder ver de manera objetiva las relaciones que esta variable nos brinda. Además, promueve el estudio de factores religiosos que los pacientes oncológicos usan como recurso de afrontamiento a una situación tan compleja y estresante como el cáncer.

Referencias

- Abu-Raiya, H., & Pargament, I. (2015). Religious coping among diverse religions: Commonalities and divergences. *Psychology of Religion and Spirituality*, 7(1), 24. <https://doi.org/10.1037/a0037652>
- Addis, M., & Mahalik, J. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American psychologist*, 58(1), 5. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.5>
- Agarwal, M., Hamilton, J., Crandell, J., & Moore, C. (2010). Coping strategies of African American head and neck cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28(5), 526-538. <https://doi.org/10.1080/07347332.2010.498456>
- Ahles, J., Mezulis, A., & Hudson, M. (2016). Religious coping as a moderator of the relationship between stress and depressive symptoms. *Psychology of Religion and Spirituality*, 8(3), 228. <https://doi.org/10.1037/rel0000039>
- Al-Hadethe, A., Hunt, N., Thomas, S., & Al-Qaysi, A. (2016). Cross-Cultural Validation and Psychometric Properties of the Arabic Brief Religious Coping Scale (A-BRCS). *Journal of Religion & Health*, 55(1), 16–25. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9963-7>
- Aloe, E. (2018). La espiritualidad en el bienestar subjetivo y bienestar psicológico en enfermos terminales. *Psocial* (1), 65. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/view/2759>
- Alonso, Y. & Ezama, E. (2016). Attachment and wellbeing in women undergoing breast cancer treatment. *Anales de Psicología*, 32(1), 32. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.1.191961>
- Altemeyer, B., & Hunsberger, B. (1992). Authoritarianism, Religious Fundamentalism, Quest, and Prejudice. *International Journal for the Psychology of Religion*, 2(2), 113–133. https://doi.org/10.1207/s15327582ijpr0202_5
- Andersen, B., & Simonelli, L. (2007). Cancer: general. *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*, 2, 584-591. <https://cdchester.co.uk/wp-content/uploads/2018/05/SUSANA1.pdf>

- Ano, G., & Vasconcelles, B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of clinical psychology, 61*(4), 461-480. <https://doi.org/10.1002/jclp.20049>
- Araújo, D., Barros, L., & Tavares, R. (2019). Sentimentos de Pacientes em Cuidados Paliativos sobre Modificações Corporais Ocasionadas pelo Câncer. *Psicologia: Ciência e Profissão, (0)*. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003176879>
- Arnedo, C., & Casellas-Grau, A. (2017). El cambio vital positivo tras un cáncer: ingredientes, claves para facilitararlo y efectos sobre el bienestar. *Papeles del Psicólogo, 38*(1), 1-11. <http://www.psychologistpapers.com/pdf/2815.pdf>
- Aubert, F. (2017). *Afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes con cáncer*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/9528>
- Baider, L., & Sarell, M. (1983). Perceptions and causal attributions of Israeli women with breast cancer concerning their illness: the effects of ethnicity and religiosity. *Psychotherapy and Psychosomatics, 39*(3), 136-143. <https://doi.org/10.1159/000287734>
- Barrington, A., & Shakespeare-Finch, J. (2013). Posttraumatic growth and posttraumatic depreciation as predictors of psychological adjustment. *Journal of Loss and Trauma, 18*(5), 429-443. <https://doi.org/10.1080/15325024.2012.714210>
- Barroilhet, S., Forjaz, J., & Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas españolas de psiquiatría, 33*(6). <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2010/05/Conceptos,%20teor%C3%ADas%20y%20factores%20psicosociales%20en%20la%20adaptaci%C3%B3n%20al%20c%C3%A1ncer.pdf>
- Batool S., Zohreh K., Mahlagha D., Farokh A., & Ali S. (2019). The effect of positive psychotherapy on the meaning of life in patients with cancer: A randomized clinical trial. *Indian Journal of Palliative Care, (2)*, 210. doi: 10.4103/IJPC.IJPC_171_18
- Becerra, I., & Otero, S. (2014). *Relación entre afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis de magíster). Pontificia Universidad Católica del Perú. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/5176>

- Bellver, A., Sánchez, J., Santaballa, A., Munarriz, B., Perez, J., & Montalar, J. (2009). Mujeres con cáncer de mama: evaluación del afecto positivo y negativo y valoración de un programa de intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Psicooncología*, 6(1), 139-154. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2993832>
- Blazer, D., & Palmore, E. (1976). Religion and Aging in a Longitudinal Panel. *The Gerontologist*, 16(1), 82–85. https://doi.org/10.1093/geront/16.1_Part_1.82
- Borbón, E., & Beato, I. (2002). Enfoque actual de la problemática salud-sociedad en pacientes con mastectomía. *Revista cubana de medicina militar*, 31(1), 47-53. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572002000100008
- Büssing, A., Ostermann, T., & Matthiessen, P. (2005). The role of religion and spirituality in medical patients in Germany. *Journal of Religion and Health*, 44, 321-340. <https://doi.org/10.1007/s10943-005-5468-8>
- Calhoun, L., & Tedeschi, R. (2014). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. *Handbook of posttraumatic growth*, 17-37. <https://psycnet.apa.org/record/2006-05098-001>
- Calderon, C., Ferrando, P., Lorenzo-Seva, U., Carmona-Bayonas, A., Jara, C., Ayala de la peña, F., Beato, C., Ramchandani, A., Garcia, T., Mangas-Izquierdo, M., Castelo, B., Donnay, O., Muñoz, M., Martínez de Castro, E., García, S., Ghanem, I., Mellen, T., & Jiménez-Fonseca, P. (2017). Psychometric properties of Liverpool Stoicism Scale (LSS) in a cohort of patients with resected cancer in adjuvant treatment. *Annals of Psychology*, 33(3), 621-629. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.277061>
- Caporossi, J., Trouillet, R., & Brouillet, D. (2012). Validation de la version française d'une échelle abrégée de coping religieux: Brief-RCOPE. *Psychologie Française*, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2011.12.001>
- Carone, A., & Barone, F. (2001). A social cognitive perspective on religious beliefs: Their functions and impact on coping and psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 21(7), 989-1003. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00078-7](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00078-7)

- Cassaretto, M., & Martínez, P. (2017). Validación de las escalas de bienestar, de florecimiento y afectividad. *Pensamiento Psicológico*, *15*(1), 19-31. <http://dx.doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.VEFA>.
- Castelo, B., Palao, Á., Carmona-Bayonas, A., Jiménez Fonseca, P., Jara, C., Ayala de la Peña, F., Ghanem, I., Higuera, O., Hernández, R., & Calderón Garrido, C. (2008). Estoicismo frente al cáncer: riesgo o protección. *Revista de Psicooncología*, *15*(1), 11-22. <https://doi.org/10.5209/PSIC.59171>
- Cerezo, M., Ortiz-Tallo, M., & Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de psicología*, *41*(1), 131-140. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80511492010.pdf>
- Check, D., Park, E., Reeder-Hayes, K., Mayer, D., Deal, A., Yopp, J., Rosenstein, D., & Hanson, L. (2017). Concerns underlying treatment preferences of advanced cancer patients with children. *Psycho-oncology*, *26*(10), 1491-1497. <https://doi.org/10.1002/pon.4164>
- Choudhry, F., Al-Worafi, Y., Akram, B., Ahmed, M., ul Haq, M., Khan, T., Rehman, I., Barki, N., Munawar, K., Kamal, A., Kassab, Y., Bakrin, F., & Golden, K. (2018). Factor Structure of Urdu Version of the Flourishing Scale. *Frontiers in Psychology*, *9*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01513>
- Clark, F., Carlson, M., Zemke, R., Frank, G., Patterson, K., Ennevor, B., Rankin-Martinez, A., Hobson, L., Crandall, J., Mandel, D., & Lipson, L. (1996). Life domains and adaptive strategies of a group of low-income, well older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, *50*(2), 99-108. <https://doi.org/10.5014/ajot.50.2.99>
- Clavarino, A., Najman, J., & Beadle, G. (2003). The impact of will to live and belief in curability on the subjective well-being of patients with advanced cancer. *Mortality*, *8*(1), 3-19. <https://doi.org/10.1080/1357627021000063098>
- Cordova, M., Andrykowski, M., Kenady, D., McGrath, P., Sloan, D., & Redd, W. (1995). Frequency and correlates of posttraumatic-stress-disorder-like symptoms after treatment for breast cancer. *Journal of consulting and clinical psychology*, *63*(6), 981. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.6.981>

- Cordova, M., Cunningham, L., Carlson, C., & Andrykowski, M. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology, 20*(3), 176–185. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.20.3.176>
- Costa, G., & Gil, L. (2008). Respuesta cognitiva y crecimiento postraumático durante el primer año de diagnóstico del cáncer. *Psicooncología, 5*(1). <http://revistas culturales.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130027A>
- Cruzado, J. (2013). *Manual de psicooncología: tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer*. Pirámide.
- Devins, G., Wong, J., Payne, A., Lebel, S., Lee, R., Mah, K., Irish, J., & Rodin, G. (2015). Distancing, self-esteem, and subjective well-being in head and neck cancer. *Psycho-Oncology, 24*(11), 1506–1513. <https://doi.org/10.1002/pon.3760>
- Dewey, J. (1928). *Cómo pensamos*. Ediciones de la Lectura.
- Díaz, G., & Yaringaño, J. (2010). Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. *Revista de investigación en psicología, 13*(1), 69-86. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v13i1.3737>
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S. & Biswas-Diener, R. (2010). New Well-Being Measures: Short Scales to Assess Flourishing and Positive and Negative Feelings. *Social Indicators Research, 97*(2), 143-156. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9493-y>
- Ellison, C. & Levin, J. (1998). The religion-health connection: Evidence, theory, and future directions. *Health Education & Behavior, 25*(6), 700-720. <https://doi.org/10.1177/109019819802500603>
- Emmons, R. (2008). Gratitude: The science and spirit of thankfulness. *Measuring the immeasurable: The scientific case for spirituality, 121-134*. https://ggsc.berkeley.edu/images/uploads/GGSC-JTF_White_Paper-Gratitude-FINAL.pdf
- Farhadian, C., & Emmons, R. (2009). The psychology of forgiveness in the world religions. *Forgiveness and reconciliation, 55-70*. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-0181-1_4

- Feder, A., Ahmad, S., Lee, E., Morgan, J., Singh, R., Smith, B., Southwick, S. & Charney, D. (2013). Coping and PTSD symptoms in Pakistani earthquake survivors: Purpose in life, religious coping and social support. *Journal of affective disorders*, 147(1-3), 156-163. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.027>
- Folkman, S., Lazarus, R., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping process. *Psychology and Aging*, 2, 171-184. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.2.2.171>
- Feraco, A., Dussel, V., Orellana, L., Kang, T., Geyer, R., Rosenberg, A., Feudtner, C., & Wolfe, J. (2017). Tumor Talk and Child Well-Being: Perceptions of “Good” and “Bad” News Among Parents of Children With Advanced Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(5), 833–841. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.11.013>
- Francis, J., & Jackson, J. (2003). Eysenck's dimensional model of personality and religion: Are religious people more neurotic? *Mental Health, Religion & Culture*, 6(1), 87-100. <https://doi.org/10.1080/1367467031000086279>
- Fredrickson, B. (2002). How does religion benefit health and well-being? Are positive emotions active ingredients? *Psychological inquiry*, 13(3), 209-213. www.jstor.org/stable/1449332
- Freitas, T., Hyphantis, T., Andreoulakis, E., Quevedo, J., Miranda, H., Alves, G., Souza, M., Braga, L., Pargament, K., Soczynska, J., McIntyre, R., & Carvalho, A. (2015). Religious coping and its influence on psychological distress, medication adherence, and quality of life in inflammatory bowel disease. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37(3), 219-227. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1507>.
- Frost, M., Suman, V., Rummans, T., Dose, A., Taylor, M., Novotny, P., Johnson, R., & Evans, R. (2000). Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer: the influence of disease phase. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 9(3), 221-231. [https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200005/06\)9:3<221::AID-PON456>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200005/06)9:3<221::AID-PON456>3.0.CO;2-T)

- Fujita, F., Diener, E., & Sandvik, E. (1991). Gender differences in negative affect and well-being: The case for emotional intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*(3), 427–434. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.3.427>
- Fuller-Thomson, E., & West, K. (2018). Flourishing despite a cancer diagnosis: factors associated with complete mental health in a nationally-representative sample of cancer patients aged 50 years and older. *Aging & mental health*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1481926>
- Gall, T. (2004). Relationship with God and the quality of life of prostate cancer survivors. *Quality of Life Research*, *13*(8), 1357-1368. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000040789.49691.59>
- Gardner, T., Krägeloh, C., & Henning, M. (2014). Religious coping, stress, and quality of life of Muslim university students in New Zealand. *Mental Health, Religion & Culture*, *17*(4), 327-338. <https://doi.org/10.1080/13674676.2013.804044>
- Giaquinto, S., Cipolla, F., Giachetti, I., & Onorati, D. (2011). Italian validation of the Brief RCOPE scale for religious coping. *Journal of Medicine and the Person*, *9*(2), 70-75. <https://doi.org/10.1007/s12682-011-0087-5>
- Gil, L., Costa, G., Javier, F., Salamero, M., Sánchez, N., & Sirgo, A. (2008). Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, *130*(3), 90–92. <https://doi.org/10.1157/13115354>
- Giuntoli, L., Ceccarini, F., Sica, C., & Caudek, C. (2017). Validation of the Italian Versions of the Flourishing Scale and of the Scale of Positive and Negative Experience. *SAGE Open*, *7*(1). <https://doi.org/10.1177/2158244016682293>
- Gomez, R., & Fisher, W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and individual differences*, *35*(8), 1975-1991. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00045-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00045-X)
- Graham, J., Spiliopoulou, P., Arbuckle, R., Bridge, A., & Cassidy, J. (2017). A pilot study of subjective well-being in colorectal cancer patients and their caregivers. *Patient Related Outcome Measures*, 111-118. doi: 10.2147/PROM.S141815

- Green, D., Goldman, S., & Salovey, P. (1993). Measurement error masks bipolarity in affect ratings. *Journal of Personality and Social Psychology*, *64*, 1029-1041. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.6.1029>
- Grover, S., Sarkar, S., Bhalla, A., Chakrabarti, S., & Avasthi, A. (2016). Religious coping among selfharm attempters brought to emergency setting in India. *Asian Journal of Psychiatry*, *23*, 78-86. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.07.009>
- Guil, R., Zayas, A., Gil-Olarte, P., Guerrero, C., González, S., & Mestre, J. (2016). Bienestar psicológico, optimismo y resiliencia en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, (1), 127. doi: 10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52492
- Harrison, M., Koenig, G., Hays, C., Eme-Akwari, G., & Pargament, I. (2001). The epidemiology of religious coping: A review of recent literature. *International review of psychiatry*, *13*(2), 86-93. <https://doi.org/10.1080/09540260124356>
- Hebert, R., Zdaniuk, B., Schulz, R., & Scheier, M. (2009). Positive and Negative Religious Coping and Well-Being in Women with Breast Cancer. *Journal of Palliative Medicine*, *12*(6), 537–545. <https://doi.org/10.1089/jpm.2008.0250>
- Hermosilla, A., & Sanhueza, O. (2015). Control emocional, felicidad subjetiva y satisfacción vital relacionados al afrontamiento y adaptación en personas con cáncer avanzado. *Ciencia y enfermería*, *21*(1), 11-21. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000100002>
- Hills, J., Paice, J., Cameron, J., & Shott, S. (2005). Spirituality and distress in palliative care consultation. *Journal of Palliative Medicine*, *8*, 782-788. <https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.782>
- Holt, C., Wang, Q., Caplan, L., Schulz, E., Blake, V., & Southward, V. L. (2011). Role of religious involvement and spirituality in functioning among African Americans with cancer: Testing a mediational model. *Journal of behavioral medicine*, *34*(6), 437-448. <https://doi.org/10.1007/s10865-010-9310-8>
- Hopman, P., & Rijken, M. (2015). Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. *Psycho-Oncology*, *24*(1), 11-18. <https://doi.org/10.1002/pon.3591>

- Howell, A. & Buro, K. (2015). Measuring and Predicting Student Well-Being: Further Evidence in Support of the Flourishing Scale and the Scale of Positive and Negative Experiences. *Social Indicators Research*, 121(3), 903-915. <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0663-1>
- Hughes, T., Schumacher, M., Jacobs-Lawson, J. M., & Arnold, S. (2008). Confronting Death: Perceptions of a Good Death in Adults With Lung Cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 25(1), 39-44. <https://doi.org/10.1177/1049909107307377>
- Huerta, C., & López, M. (2019). Religión y discapacidad: tramas que construyen la calidad de vida de los creyentes. *Psicología y Salud*, 29(1), 125-137. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2574/4469>
- Hulley, S. (Ed.). (2007). *Designing clinical research*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Huppert, F., & So, T. (2013). Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research*, 110, 837-861. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9966-7>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2018). Perfil sociodemográfico del Perú. *Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas*, 231-254. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). (2016). Registro de cáncer de Lima Metropolitana. Incidencia y mortalidad 2010 – 2012, 5, 7. http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/banners_2014/2016/Registro%20de%20C%C3%A1ncer%20Lima%20Metropolitana%202010%20-%202012_02092016.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). (2019). Indicadores de Gestión Hospitalaria mayo 2019, 2. <https://portal.inen.sld.pe/indicadores-de-gestion-hospitalaria/>
- James, A., & Wells, A. (2003). Religion and mental health: towards a cognitive-behavioural framework. *British Journal of Health Psychology*, 8(3), 359-376. <https://doi.org/10.1348/135910703322370905>

- Joseph, S. & Wood, A. (2010). Assessment of positive functioning in clinical psychology: Theoretical and practical issues. *Clinical Psychology Review*, 30, 830–838. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.002>
- Kaplan, B., Munroe-Blum, H., & Blazer, D. (1994). Religion, health, and forgiveness: Traditions and challenges. *Sage Focus Editions*, 166, 52-52. doi: 10.4135/9781483326641.n3
- Kállay, É. (2008). Investigation of the relationship between religious growth, positive affect, and meaning in life in a sample of female cancer patients. *Cognition, Brain, Behavior*, 12(2), 161. <https://search.proquest.com/openview/3106b3d29e92aaa20d70bd2520ad6da8/1?pq-origsite=gscholar&cbl=29487>
- Krägeloh, C., Chai, P., Shepherd, D., & Billington, R. (2012). How Religious Coping is Used Relative to Other Coping Strategies Depends on the Individual's Level of Religiosity and Spirituality. *Journal of Religion & Health*, 51(4), 1137–1151. <https://doi.org/10.1007/s10943-010-9416-x>
- Keister, L. (2012). How Religion Contributes to Wealth and Poverty. *Huffpost*. http://www.huffingtonpost.com/lisa-a-keister/religion-contributeswealthpoverty_b_1069766.html
- Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker, A., & Mood, D. (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology and Health*, 19, 139-155. <https://doi.org/10.1080/08870440310001652687>
- Kessler, T. (2002). Contextual Variables, Emotional State, and Current and Expected Quality of Life in Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*, 29(7), 1109. doi: 10.1188/02.ONF.1109-1116
- Keyes, L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 207-222. doi: 10.2307/3090197
- Keyes, L., Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*, 82(6), 1007. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>
- Khodarahimi, S. (2013). Hope and flourishing in an Iranian adults sample: Their contributions to the positive and negative emotions. *Applied Research in Quality of Life*, 8(3), 361-372. <https://doi.org/10.1007/s11482-012-9192-8>

- Kline, R. (2010). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. 3era ed. Guilford Press.
- Koenig, H. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283-291. <https://doi.org/10.1177/070674370905400502>
- Koenig, H., Cohen, J., Blazer, G., Pieper, C., Meador, G., Shelp, F., ... & DiPasquale, B. (1992). Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. *The American journal of psychiatry*, 149(12), 1693-1700. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.12.1693>
- Koenig, H., George, L., & Siegler, I. (1988). The Use of Religion and Other Emotion-Regulating Coping Strategies Among Older Adults. *The Gerontologist*, 28(3), 303–310. <https://doi.org/10.1093/geront/28.3.303>
- Koenig, H., Pargament, I., & Nielsen, J. (1998). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *The Journal of nervous and mental disease*, 186(9), 513-521. https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/1998/09000/Religious_Coping_and_Health_Status_in_Medically.1.aspx
- Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grupo Editorial Random House.
- Kyriazos, T. A., Stalikas, A., Prassa, K., & Yotsidi, V. (2018). A 3-Faced Construct Validation and a Bifactor Subjective Well-Being Model Using the Scale of Positive and Negative Experience, Greek Version. *Psychology*, 9(05), 1143. doi:10.4236/psych.2018.95071
- Laos, K. (2010). *Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/668>
- Larson, D., Koenig, H., Kaplan, B., & Greenberg, R. (1989). The impact of religion on blood pressure status in men. *J Religion Health*, 28, 265-78. doi: <https://doi.org/10.1007/BF00986065>
- Linley, A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11–21. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e>

- Linley, A., Maltby, J., Wood, M., Osborne, G., & Hurling, R. (2009). Measuring happiness: The higher order factor structure of subjective and psychological well-being measures. *Personality and individual differences, 47*(8), 878-884. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.07.010>
- Lechner, S., Zakowski, S., Antoni, M., Greenhawt, M., Block, K., & Block, P. (2003). Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 12*(5), 491-499. <https://doi.org/10.1002/pon.671>
- Levin, J., & Vanderpool, H. (1989). Is religion therapeutically significant for hypertension? *Social Science & Medicine, 29*(1), 69-78. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(89\)90129-9](https://doi.org/10.1016/0277-9536(89)90129-9)
- Lucas, R., & Gohm, C. (2000). Age and sex differences in subjective well-being across cultures. *Culture and subjective well-being, 3*(2), 91-317. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.208.2565&rep=rep1&type=pdf>
- Lugo, J., Bacallao, J., & Rodríguez, G. (2000). Validez de contenido de un cuestionario para medir calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Rev Cubana Oncol, 2*(16), 100-106. https://www.researchgate.net/profile/Jorge_Bacallao2/publication/255641821_VALIDACION_PRELIMINAR_Y_APLICACION_DE_UN_INSTRUMENTO_PARA_MEDIR_LA_CALIDAD_DE_VIDA_EN_PACIENTES_CON_CNCER_DE_MAMA/links/548ef07e0cf214269f2630ce/VALIDACION-PRELIMINAR-Y-APLICACION-DE-UN-INSTRUMENTO-PARA-MEDIR-LA-CALIDAD-DE-VIDA-EN-PACIENTES-CON-CNCER-DE-MAMA.pdf
- Maciejewski, P., Phelps, A., Kacel, E., Balboni, T., Balboni, M., Wright, A., Pirl, W., & Prigerson, G. (2012). Religious coping and behavioral disengagement: opposing influences on advance care planning and receipt of intensive care near death. *Psycho-Oncology, 21*(7), 714-723. <https://doi.org/10.1002/pon.1967>
- Martinez, N. C., & Sousa, V. D. (2011). Cross-cultural validation and psychometric evaluation of the Spanish Brief Religious Coping Scale (S-BRCS). *Journal of*

- Transcultural Nursing*, 22(3), 248-256.
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1043659611404426>
- McDonough, H., Sabiston, M., & Wrosch, C. (2014). Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors: the role of social support and stress. *Psycho-Oncology*, 23(1), 114–120.
<https://doi.org/10.1002/pon.3380>
- Meraviglia, M. (2004). The effects of spirituality on well-being of people with lung cancer. *In Oncology nursing forum*, 31(1), 89-94.
<https://insights.ovid.com/ocnf/200431010/00006549-200431010-00012>
- Mezzadra, J., & Simkin, H. (2017). Validación de la Escala Abreviada de Afrontamiento Religioso Brief-RCOPE en el Contexto Argentino en estudiantes de confesión católica. *Revista Evaluar*, 17(1). doi: <http://dx.doi.org/10.35670/1667-4545.v17.n1.17071>
- Mihaljević, S., Aukst-Margetić, B., Vuksan-Ćusa, B., Koić, E., & Milošević, M. (2012). Hopelessness, suicidality and religious coping in Croatian war veterans with PTSD. *Psychiatria Danubina*, 24(3), 292-297.
<https://psycnet.apa.org/record/2012-27688-011>
- Ministerio de Salud del Perú (MINSA). (4 de febrero, 2019). *CDC presentó la situación del cáncer en el Perú*. [Comunicado de prensa].
https://www.dge.gob.pe/portal/docs/notas_prensa/2019/notaprensa0012019.pdf
- Moadel, A., Morgan, C., Fatone, A., Grennan, J., Carter, J., Laruffa, G., ... Dutcher, J. (1999). Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psycho-Oncology*, 8(5), 378–385. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199909/10\)8:5<378::AID-PON406>3.0.CO;2-A](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199909/10)8:5<378::AID-PON406>3.0.CO;2-A)
- Moreira-Almeida, A., Lotufo, F., & Koenig, G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28(3), 242-250.
<https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000006>
- Mullen, K. (1990). Religion and health: a review of the literature. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 10(1), 85-96. <https://doi.org/10.1108/eb013088>

- Muñoz, C., & Nieto, B. (2019). Spanish Version of The Flourishing Scale (FS) on the parents of children with cancer: A validation through Rasch Analysis. *Frontiers in psychology, 10*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00035>
- Murray, G., Judd, F., Jackson, H., Fraser, C., Komiti, A., Pattison, P., ... & Robins, G. (2008). Big boys don't cry: An investigation of stoicism and its mental health outcomes. *Personality and Individual Differences, 44*(6), 1369-1381. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.12.005>
- Musick, M., Koenig, H., Hays, J., & Cohen, H. (1998). Religious Activity and Depression among Community-Dwelling Elderly Persons with Cancer: The Moderating Effect of Race. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 53*(4), 218–227. <https://doi.org/10.1093/geronb/53B.4.S218>
- Nicholas, D. (2000). Men, Masculinity, and Cancer: Risk-factor Behaviors, Early Detection, and Psychosocial Adaptation. *Journal of American College Health, 49*(1), 27–33. <https://doi.org/10.1080/07448480009596279>
- Nogueira, J. (2015). Espiritualidad y su relación con el bienestar subjetivo y psicológico. *Psocial, 1*(2), 33–50. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/download/1235/1116>
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin, 101*, 259-282. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.2.259>
- Novoa, M., Vargas, R., Obispo, S., Vergara, M., & Rivera, Y. (2010). Evaluación de la calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes postquirúrgicos con cáncer de tiroides. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy, 10*(2), 315–329. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56017095008.pdf>
- Oliveros, E., Barrera, M., Martínez, S., & Pinto, T. (2010). Afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer. *Revista de psicología GEPU, 1*(2), 19-29. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4392153>
- Paika, V., Andreoulakis, E., Ntountoulaki, E., Papaioannou, D., Kotsis, K., Sifaka, V., Fountoulakis, K., Pargament, K., Carvalho, A., & Hyphantis, T. (2017). The Greek-Orthodox version of the Brief Religious Coping (B-RCOPE) instrument:

- psychometric properties in three samples and associations with mental disorders, suicidality, illness perceptions, and quality of life. *Annals of General Psychiatry*, *16*, 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12991-017-0136-4>
- Palgi, Y., Ben, M., Hamama, Y., Shacham Shmueli, E., & Shrira, A. (2014). The Effect of Age on Illness Cognition, Subjective Well-being and Psychological Distress among Gastric Cancer Patients. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, *30*(4), 280–286. <https://doi.org/10.1002/smi.2521>
- Panzini, R., & Bandeira, D. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de psiquiatria clínica*, *34* (11), 126-135. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>
- Pargament, K. I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. Guilford Press.
- Pargament, K. I. & Ano, G. G. (2006). Spiritual resources and struggles in coping with medical illness. *Southern Medical Journal*, *99*, 1161-1162. <https://go.gale.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA155098595&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=00384348&p=AONE&sw=w>
- Pargament, K. I., Feuille, M., & Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions*, *2*(4), 51-76. <https://doi.org/10.3390/rel2010051>
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the scientific study of religion*, 710-724. <https://www.jstor.org/stable/1388152?seq=1>
- Payán, C., Vinaccia, S., & Quiceno, M. (2015). Cognición hacia la enfermedad, bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer en estado terminal. *Acta colombiana de psicología*, *14*(2), 79-89. <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/347/352>
- Payet, E., Pérez, P., Poquioma, E., & Díaz, E. (2016). Registro de cáncer de lima metropolitana. incidencia y mortalidad 2010–2012. *Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas*. http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/banners_2014/2016/Registro%20

de%20C%C3%A1ncer%20Lima%20Metropolitana%202010%20-%202012_02092016.pdf

- Peh, C. X., Liu, J., Bishop, D., Chan, Y., Chua, M., Kua, H., & Mahendran, R. (2017). Emotion regulation and emotional distress: The mediating role of hope on reappraisal and anxiety/depression in newly diagnosed cancer patients. *Psycho-Oncology*, 26(8), 1191–1197. <https://doi.org/10.1002/pon.4297>
- Peh, C., Kua, E., Mahendran, R., Peh, C. X., & Kua, H. (2016). Hope, emotion regulation, and psychosocial well-being in patients newly diagnosed with cancer. *Supportive Care in Cancer*, 24(5), 1955. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2989-x>
- Phelps, A., Maciejewski, P., Nilsson, M., Balboni, T., Wright, A., Paulk, M., Trice, E., Schrag, D., Peteet, J., Block, S., & Prigerson, G. (2009). Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer. *JAMA*, 301(11). doi:10.1001/jama.2009.341
- Phillips, D., Chamberlain, A., & Goreczny, A. J. (2014). The relationship between religious orientation and coping styles among older adults and young adults. *Journal of Psychology and Behavioral Science*, 2(1), 29-43. http://jpbsnet.com/journals/jpbs/Vol_2_No_1_March_2014/3.pdf
- Pedersen, H., Pargament, K., Pedersen, C., & Zachariae, R. (2013). Religious Coping and Quality of Life Among Severely Ill Lung Patients in a Secular Society. *International Journal for the Psychology of Religion*, 23(3), 188–203. <https://doi.org/10.1080/10508619.2012.728068>
- Piedmont, L. (2012). Overview and development of measure of numinous constructs: The Assessment of Spirituality and Religious Sentiments (ASPIRES) Scale. *The Oxford handbook of psychology and spirituality*, 104-122. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199729920.013.0007>
- Price, I. & Pistole, C. (2007). Spirituality and Psychological Well-Being in Women with Breast Cancer. *Annual Meeting of the American Psychological Association*. <https://docs.lib.purdue.edu/dissertations/AAI3251684/>
- Puentes, M., Urrego, C., & Pedraza, S. (2015). Espiritualidad, religiosidad y enfermedad: una mirada desde mujeres con cáncer de mama. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 33(3), 481–495. doi: dx.doi.org/10.12804/apl33.03.2015.08

- Quartana, P., Laubmeier, K., & Zakowski, S. (2006). Psychological adjustment following diagnosis and treatment of cancer: an examination of the moderating role of positive and negative emotional expressivity. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(5), 487–498. <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9069-0>
- Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2011). Creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 5(1). <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224114003.pdf>
- Ramirez, S. P., Macêdo, D. S., Sales, P. M. G., Figueiredo, S. M., Daher, E. F., Araújo, S. M. ... Carvalho, A. F. (2012). The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(2), 129-135. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.11.012>
- Rand, L., Cripe, D., Monahan, O., Tong, Y., Schmidt, K., & Rawl, M. (2012). Illness appraisal, religious coping, and psychological responses in men with advanced cancer. *Supportive care in cancer*, 20(8), 1719-1728. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1265-y>
- Redondo-Elvira, T., Ibañez-del-Prado, C., & Barbas-Abad, S. (2017). Espiritualmente resilientes. Relación entre espiritualidad y resiliencia en cuidados paliativos. *Clínica y Salud*, 28(3), 117–121. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2017.09.001>
- Rivera-Ledesma, A., & Montero-López, L. M. (2007). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 30(1), 39-46. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v30n1/0185-3325-sm-30-01-39.pdf>
- Rivero, J. (2008). *Situación presente de la educación de personas jóvenes y adultas en Perú*. CEFRAL, 15-16.
- Robles-García, R., López-Luna, S., Páez, F., Escamilla, R., Camarena, B., & Fresán, A. (2014). History of religious delusions and psychosocial functioning among Mexican patients with paranoid schizophrenia. *Journal of Religion and Health*, 53(6), 1622- 1633. <https://doi.org/10.1007/s10943-013-9727-9>
- Rodríguez, D., Sayers, S., & Martínez- Taboas, A. (2011). Contribución del manejo religioso a la calidad de vida y sintomatología depresiva en una muestra de hispanos que tienen un diagnóstico de cáncer. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 22, 27-45. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/reps/v22/a02.pdf>

- Rodríguez, I. (2011) ¿Es la espiritualidad una fuente de salud mental o de psicopatología? *Interpsiquis*, 1-19. https://www.researchgate.net/publication/320868808_ES_LA_ESPIRITUALIDAD_UNA_FUENTE_DE_SALUD_MENTAL_O_DE_PSICOPATOLOGIA
- Rustøen, T., & Hanestad, B. R. (1998). Nursing intervention to increase hope in cancer patients. *Journal of Clinical Nursing*, 7(1), 19-27. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.1998.00126.x>
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Salehi, R., & Dehshiri, G. (2018). Post-traumatic growth in cancer patients: the role of psychological well-being, spiritual well-being, subjective well-being, and hope. *Journal of Research in Psychological Health* 12 (2), 1-13. https://rph.khu.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-1725-1&slc_lang=en&sid=1
- Saroglou, V., Buxant, C., & Tilquin, J. (2008). Positive emotions as leading to religion and spirituality. *The Journal of Positive Psychology*, 3(3), 165-173. <https://doi.org/10.1080/17439760801998737>
- Sausa, M. (2018). Las desigualdades en la atención del cáncer se agudizan en el Perú. *Perú 21*. <https://peru21.pe/peru/cancer-peru-desigualdades-atencion-neoplasias-agudizan-pais-393458-noticia/>
- Schimmack, U. (2003). Affect measurement in experience sampling research. *Journal of Happiness Studies*, 4, 79-106. <https://doi.org/10.1023/A:1023661322862>
- Schimmack, U. (2005). Response latencies of pleasure and displeasure ratings: Further evidence for mixed feelings. *Cognition and Emotion*, 19, 671-691. <https://doi.org/10.1023/A:1023661322862>
- Schimmack, U. (2008). The structure of subjective well-being. *The science of subjective well-being*, 97-123. <https://scottbarrykaufman.com/wp-content/uploads/2019/01/Schimmack-2008.pdf>
- Sica, C., Novara, C., & Sanavio, E. (2002). Religiousness and obsessive–compulsive cognitions and symptoms in an Italian population. *Behaviour research and therapy*, 40(7), 813-823. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00120-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00120-6)
- Silva, A., & Caetano, A. (2013). Validation of the Flourishing Scale and Scale of Positive and Negative Experience in Portugal. *Social Indicators Research*, 110, 469–478. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9938-y>

- Simkin, H. (2016). *Espiritualidad, Religiosidad y Bienestar Subjetivo y Psicológico en el marco del Modelo y la Teoría de los Cinco Factores de la Personalidad* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de la Plata. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/52984>
- Singh, K., & Junnarkar, M. (2015). Correlates and predictors of positive mental health for school going children. *Personality and Individual Differences*, 76, 82–87. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.047>
- Singh, K., Ruch, W., & Junnarkar, M. (2014). Effect of demographic variables and psychometric properties of the Personal Well-being Index for school children in India. *Child Indicators Research*, 7(3), 1–15. <https://doi.org/10.1007/s12187-014-9264-4>
- Solidoro, A. (2010). Pobreza, inequidad y cáncer. *Acta Médica Peruana*, 27(3), 204-206.
- Soriano, F., & López, A. (2012). Prácticas religiosas en un grupo de personas mayores en situación de discapacidad y pobreza. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 14(2), 51-61. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/4205>
- Spilka, B., Hood, R., Hunsberger, B. & Gorsuch, R. (2003). *The psychology of religion: an empirical approach*. The Guilford Press
- Stanley, M., Bush, A., Camp, M., Jameson, J., Phillips, L., Barber, C., Zeno, D., Lomax, J., & Cully, J. (2011). Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. *Aging & Mental Health*, 15(3), 334–343. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.519326>
- Stefanek, M., McDonald, G., & Hess, A. (2005). Religion, spirituality and cancer: current status and methodological challenges. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 14(6), 450-463. <https://doi.org/10.1002/pon.861>
- Steger, F., & Frazier, P. (2005). Meaning in Life: One link in the chain from religiousness to well-being. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 574–582. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.4.574>
- Stein, D., Syrjala, L., & Andrykowski, A. (2008). Physical and psychological long-term and late effects of cancer. *Cancer*, 112(S11), 2577-2592. <https://doi.org/10.1002/cncr.23448>

- Sumi, K. (2014). Reliability and validity of Japanese versions of the Flourishing Scale and the Scale of Positive and Negative Experience. *Social Indicators Research*, *118*(2), 601–615. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0432-6>
- Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L., Paulk, E., Pearce, M., Kasl, S., & Prigerson, H. (2006). Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *Journal of palliative medicine*, *9*(3), 646-657. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.646>
- Thuné-Boyle, C., Stygall, J., Keshtgar, R., Davidson, I., & Newman, P. (2013). Religious/spiritual coping resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology*, *22*(3), 646-658. <https://doi.org/10.1002/pon.3048>
- Tomer, A. (Ed.). (2000). Death attitudes and the older adult: Theories, concepts, and applications. *Psychology Press*. <https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=xx8rQEdoHykC&oi=fnd&pg=PR7&dq=Death+attitudes+and+the+older+adult:+Theories,+concepts,+and+ap+lications&ots=o0L5dVz9ll&sig=uO8x70MWpdZbgzEtN0ZQkv1p0fM#v=one+page&q=Death%20attitudes%20and%20the%20older%20adult%3A%20Theorie+s%2C%20concepts%2C%20and%20applications&f=false>
- Tomich, P., & Helgeson, V. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, *23*(1), 16. https://kilthub.cmu.edu/articles/Is_finding_something_good_in_the_bad_always_good_Benefit_finding_among_women_with_breast_cancer_/6616847
- Tong, K., & Wang, Y. (2017). Validation of the flourishing scale and scale of positive and negative experience in a Chinese community sample. *PloS one*, *12*(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181616>
- Trevino, M., Archambault, E., Schuster, J., Richardson, P., & Moye, J. (2012). Religious coping and psychological distress in military veteran cancer survivors. *Journal of Religion and Health*, *51*(1), 87-98. <https://doi.org/10.1007/s10943-011-9526-0>
- Trigoso, V. (2012). *Ajuste mental al cáncer y bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos*. (Tesis de magíster). Pontificia Universidad Católica del Perú. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/1656>
- Valderrama, M., & Sánchez, R. (2018). Trastornos de ansiedad y depresión en relación con la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en estadio localmente

- avanzado o diseminado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(4), 211–220.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.04.003>
- Vázquez, C., & Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2/3), 385.
<https://core.ac.uk/reader/38820052>
- Vázquez, F. (2001). La espiritualidad como estilo de vida y bienestar en el último tramo de la vida. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 16(3), 615.
<https://www.jstor.org/stable/40315091?seq=1>
- Vinaccia, S., Garavito, A., Padilla, M., & Margarita, J. (2018). Calidad de vida relacionada con la salud, ansiedad, depresión y bienestar espiritual en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(3), 413–423. <https://psycnet.apa.org/record/2019-09240-004>
- Viniegras, G., & Blanco, M. (2010). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en psicología latinoamericana*, 25(1), 72-80.
<https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/559>
- Von Humboldt, S., Carneiro, F., & Leal, I. (2017). Más allá de cáncer de mama en la edad avanzada: Bienestar subjetivo en mujeres mayores con cáncer de mama en remisión. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(2), 167–174.
<https://www.redalyc.org/pdf/2819/281952112003.pdf>
- Voogt, E., Vander Heide, A., Leeuwen, A., Visser, M., Cleiren, J., & Van Der Mass, P. (2005). Positive and Negative Affect after diagnosis of advanced cancer. *Psychooncology*, 14, 262-273. <https://doi.org/10.1002/pon.842>
- Vujčić, M. T., Lipovčan, L. K., Larsen, Z. P., Brajša-Žganec, A., & Franc, R. (2017). Flourishing in Croatia: the validation of the croatian versions of the Flourishing Scale and the scale of positive and negative experience. In *A World to Win: European Happiness Days*.
https://bib.irb.hr/datoteka/868010.Book_of_Abstracts_A_World_to_Win.pdf
- Wadsworth, M. (2011). Working with Low-income Families: Lessons Learned from Basic and Applied Research on Coping with Poverty-related Stress. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 42(1), 17–25. <https://doi.org/10.1007/s10879-011-9192-2>

- Watson, D., & Clark, L. (1997). Measurement and mismeasurement of mood: Recurrent and emergent issues. *Journal of Personality Assessment*, 68, 267-296. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6802_4
- Watt, M. H., Wilson, S. M., Joseph, M., Masenga, G., Mac-Farlane, J. C., Oneko, O., & Sikkema, K. J. (2014). Religious coping among women with obstetric fistula in Tanzania. *Global Public Health*, 9(5), 516-527. <https://doi.org/10.1080/17441692.2014.903988>
- Weisman, A. D. (1976). Early diagnosis of vulnerability in cancer patients. *The American journal of the medical sciences*, 271(2), 187-196. doi:10.1097/00000441-197603000-00007
- Wood, W., Rhodes, N., & Whelan, M. (1989). Sex differences in positive well-being: A consideration of emotional style and marital status. *Psychological Bulletin*, 106, 249-26. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.106.2.249>
- Zatiti, O., Salgado, H., De Oliveira, A., Silva, R., Alves, D., & De Cassia, E. (2017). Bem-estar espiritual e coping religioso/espiritual em pessoas com insuficiência renal crônica. *Avances En Enfermeria*, 35(2), 159-170. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6765270>
- Zwingmann, C., Müller, C., Körber, J., & Murken, S. (2008). Religious commitment, religious coping and anxiety: a study in German patients with breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 17(4), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2007.00867.x>

APÉNDICES



APÉNDICE A

Características sociodemográficas, de enfermedad y tratamiento médico de la muestra

| | f | % | | f | % |
|-------------------------------|----|-------|-------------------------------|----|-------|
| Sexo | | | Nivel Educativo | | |
| Mujeres | 36 | 65.5% | Ninguno | 1 | 1.8% |
| Hombres | 19 | 34.5% | Primaria | 9 | 16.4% |
| Lugar de nacimiento | | | Secundaria | 15 | 27.3% |
| Lima y Callao | 15 | 27.3% | Sup. Técnica | 16 | 29.1% |
| Provincia | 40 | 72.7% | Sup. Universitaria | 14 | 25.5% |
| Estado Civil | | | Convivencia Actual | | |
| Soltero/a | 39 | 70.9% | Familia Nuclear | 41 | 74.5% |
| Casado/a | 8 | 14.5% | Familia Extensa | 11 | 20.0% |
| Divorciado/a | 4 | 7.3% | Otros | 3 | 5.5% |
| Viudo/a | 4 | 7.3% | Pareja | | |
| Diagnóstico Oncológico | | | No | 25 | 45.5% |
| Tumores sólidos | 39 | 70.9% | Si | 30 | 54.5% |
| Leucemias | 16 | 29.1% | Hijos | | |
| Estadio Clínico | | | No | 24 | 43.6% |
| Desconocido | 40 | 72.7% | Si | 31 | 56.4% |
| Estadio I y II | 6 | 10.9% | Movilización por salud | | |
| Estadio III | 9 | 16.4% | No | 20 | 36.4% |
| Tratamiento Actual | | | Si | 35 | 63.6% |
| Quimioterapia y/o | 30 | 54.5% | Religión | | |
| Radioterapia | | | Católica | 38 | 69.1% |
| Otros | 25 | 45.5% | Evangélica | 14 | 25.5% |
| | | | Otras | 3 | 5.5% |

| | <i>M</i> | <i>DE</i> | <i>Min</i> | <i>Max</i> |
|------------------------------|----------|-----------|------------|------------|
| Edad | 37.87 | 14.99 | 18 | 69 |
| Tiempo en Lima* | 24.31 | 30.11 | 1 | 120 |
| Cantidad de hijos | 1.96 | 2.36 | 0 | 10 |
| Tiempo de diagnóstico | 35.15 | 42.63 | 4 | 204 |

N=55 (*) N=35 Tiempo en meses

APÉNDICE B
Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Ítem-Test Corregidas del SPANE y Florecimiento.

Afectos positivos $\alpha = .84$

| | Correlación elemento total corregida | Alfa si se elimina elemento |
|---------|---|--------------------------------|
| Ítem 1 | .67 | .81 |
| Ítem 3 | .52 | .84 |
| Ítem 5 | .63 | .82 |
| Ítem 7 | .70 | .80 |
| Ítem 10 | .65 | .81 |
| Ítem 12 | .58 | .83 |

Afectos negativos $\alpha = .78$

| | Correlación elemento total corregida | Alfa si se elimina elemento |
|---------|---|--------------------------------|
| Ítem 2 | .67 | .71 |
| Ítem 4 | .53 | .75 |
| Ítem 6 | .54 | .74 |
| Ítem 8 | .58 | .74 |
| Ítem 9 | .34 | .80 |
| Ítem 11 | .55 | .74 |

Florecimiento $\alpha = .80$

| | Correlación elemento total corregida | Alfa si se elimina elemento |
|--------|---|--------------------------------|
| Ítem 1 | .59 | .76 |
| Ítem 2 | .41 | .79 |
| Ítem 3 | .52 | .77 |
| Ítem 4 | .60 | .76 |
| Ítem 5 | .63 | .77 |
| Ítem 6 | .46 | .78 |
| Ítem 7 | .54 | .77 |
| Ítem 8 | .50 | .78 |

APÉNDICE C

Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Ítem-Test Corregidas del Brief-RCOPE

Afrontamiento religioso positivo $\alpha = .83$

| | Correlación elemento total corregida | Alfa si se elimina elemento |
|---------|---|--------------------------------|
| Ítem 2 | .49 | .82 |
| Ítem 4 | .76 | .78 |
| Ítem 5 | .55 | .81 |
| Ítem 6 | .76 | .78 |
| Ítem 7 | .56 | .81 |
| Ítem 10 | .45 | .82 |
| Ítem 14 | .54 | .82 |

Afrontamiento religioso negativo $\alpha = .60$

| | Correlación elemento total corregida | Alfa si se elimina elemento |
|---------|---|--------------------------------|
| Ítem 1 | .20 | .60 |
| Ítem 3 | .36 | .54 |
| Ítem 8 | .46 | .50 |
| Ítem 9 | .33 | .55 |
| Ítem 11 | .24 | .58 |
| Ítem 12 | .18 | .61 |
| Ítem 13 | .46 | .51 |

APÉNDICE D

Consentimiento Informado

La presente investigación académica es conducida por Joyce Amado Ramírez, estudiante de psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú; quien se encuentran bajo la supervisión de la Mg. Mónica Cassaretto. El propósito de la investigación es realizar una aproximación a variables asociadas al bienestar en pacientes oncológicos. Si acepta participar de esta investigación, se le pedirá responder una ficha de datos y tres cuestionarios, lo cual le tomará 10 minutos aproximadamente.

Su participación es totalmente voluntaria y si desea puede retirarse en cualquier momento. Además, la información que se recoja será confidencial, por lo que no se mencionarán sus datos personales ni respuestas en ningún momento.

Finalmente, no se darán devoluciones de los resultados de las pruebas aplicadas. Pero se entregará una copia de la investigación a la institución con fines de aprendizaje.

Si Ud. está de acuerdo en colaborar participando en este estudio, recuerde que

- Se mantendrán sus datos de forma confidencial
- Los datos solo se usarán con fines de investigación
- La entrevista tendrá una duración aproximada de 10 minutos
- Puede hacer las preguntas que considere necesarias
- Puede dejar de participar en cualquier momento

.....
Firma del Participante

.....
Fecha

Recuerde, este trabajo se encuentra bajo supervisión de la profesora Mónica Cassaretto, docente del Departamento de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Si tiene alguna duda puede comunicarse con ella al correo mcassar@pucc.edu.pe o al número 6262000 anexo 4598.

APÉNDICE E

FICHA DE DATOS

| | | | |
|-------------------|---|------------------------|--|
| HISTORIA CLÍNICA: | <input type="text"/> | DIAGNÓSTICO: | <input type="text"/> |
| EDAD: | <input type="text"/> | ESTADIO CLÍNICO: | <input type="text"/> |
| SEXO: | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | TIEMPO DE DIAGNÓSTICO: | <input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> MESES |
| CIUDAD DE ORIGEN: | <input type="text"/> | TRATAMIENTO ACTUAL: | <input type="text"/> |

¿SE HA MOVILIZADO DE SU CIUDAD CON EL FIN DE REALIZARSE SU TRATAMIENTO MÉDICO?

SI NO

LENGUA MATERNA: TIEMPO EN LIMA: AÑOS MESES

NIVEL EDUCATIVO: PRIMARIA INCOMPLETA SECUNDARIA INCOMPLETA SUP. TÉCNICA INCOMPLETA SUP. UNIVERSITARIA INCOMPLETA
 PRIMARIA COMPLETA SECUNDARIA COMPLETA SUP. TÉCNICA COMPLETA SUP. UNIVERSITARIA COMPLETA

ESTADO CIVIL: SOLTERO/A CASADO/A VIUDO/A DIVORCIADO/A

¿TIENE PAREJA? NO SI ¿TIENE HIJOS? NO SI CANTIDAD

¿CON QUIENES VIVE ACTUALMENTE?*

| | | | | | | | |
|----------|--------------------------|----------|--------------------------|--------|--------------------------|---------|--------------------------|
| HIJOS | <input type="checkbox"/> | TÍOS | <input type="checkbox"/> | SOLO/A | <input type="checkbox"/> | ABUELOS | <input type="checkbox"/> |
| PADRES | <input type="checkbox"/> | SOBRINOS | <input type="checkbox"/> | PAREJA | <input type="checkbox"/> | PRIMOS | <input type="checkbox"/> |
| HERMANOS | <input type="checkbox"/> | OTROS: | <input type="text"/> | | | | |

(*) PUEDES MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN

¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO Y/O PSIQUIÁTRICO?

NO SI

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

¿RECIBE TRATAMIENTOS PALIATIVOS?

NO SI

¿CUÁL?

¿TIENE UN DIAGNÓSTICO DE CÁNCER PREVIO?

NO SI

¿HACE CUANTO?

¿HA REAPARECIDO EL CÁNCER DESPUÉS DE UN TIEMPO?

NO SI

¿CUÁL?

¿PROFESA ALGUNA RELIGIÓN?

NO SI

¿CÓMO?

¿MIS CREENCIAS RELIGIOSAS ME AYUDAN A ENFRENTAR LOS PROBLEMAS QUE TENGO ACTUALMENTE?

NO SI