

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Historia vincular y bienestar en pacientes oncológicos

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CON
MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA QUE PRESENTA LA BACHILLERA:**

Graciela María Barreda Bryce

ASESORA:

Mg. Monica Cassaretto Bardales

LIMA, 2021

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la posible relación entre la historia vincular y el bienestar en un grupo de pacientes oncológicos adultos que se hospedan en albergues de Lima Metropolitana. Para ello se utilizó una ficha de datos, el Instrumento del Vínculo Parental (Parker, Tupling y Brown, 1979) para medir la historia vincular, y las escalas de Afectividad Positiva y Negativa y de Florecimiento (Diener et al., 2010) como medidas de bienestar. La participación fue voluntaria y se dio en un único momento. La muestra estuvo compuesta por 57 pacientes (38 mujeres y 19 hombres) cuyas edades oscilan entre 18 y 69 años ($M = 38.04$; $DE = 14.83$), la mayoría de ellos de provincia (73.7%). En cuanto al objetivo principal del estudio, se encontró una correlación positiva entre el cuidado materno y el florecimiento con la muestra completa ($r = .33$; $p < .01$). Al segmentarse la misma de acuerdo al sexo del participante, se encontraron correlaciones entre cuidado materno y florecimiento ($r = .37$, $p < .05$) y entre cuidado paterno y afectos positivos ($r = .39$, $p < .05$) en el caso de las mujeres, así como una correlación entre control materno y afectos negativos en el de los hombres ($r = .50$, $p < .05$). Además, se encontraron diferencias en los niveles de afectos negativos y control materno y paterno según el sexo de los participantes, siendo estos mayores en las mujeres. Se discuten las implicancias de estos resultados así como las limitaciones del estudio y futuras líneas a seguir.

Palabras clave: cáncer, historia vincular, bienestar, pacientes oncológicos, vínculo parental.

ABSTRACT

The purpose of this study was to analyze the possible relationship between parental bonding and well-being in a group of adult cancer patients staying in shelters in Metropolitan Lima. To achieve this, a data sheet, the Parental Bonding Instrument (Parker, Tupling and Brown, 1979) and the Positive and Negative Experience and Flourishing scales (Diener et al., 2010) were used, to measure parental bonding and well-being respectively. Participation was voluntary and occurred in a single moment. The sample consisted of 57 patients (38 women and 19 men) whose ages range from 18 to 69 years ($M = 38.04$; $SD = 14.83$), most of them from other provinces (73.7%). Regarding the main objective of the study, a positive correlation was found between maternal care and flourishing with the full sample ($r = .33$; $p < .01$). After splitting the sample according to the sex of the participant, correlations between maternal care and flourishing ($r = .37$, $p < .05$) and between parental care and positive affects ($r = .39$, $p < .05$) were found for women, as well as a correlation between maternal control and negative affects for men ($r = .50$, $p < .05$). In addition, differences were found in the levels of negative affects and maternal and paternal control according to the sex of the participants, these being higher in women. The implications of these results are discussed as well as the limitations of the study and future lines to follow.

Keywords: cancer, memories of parental bonding, well-being, oncological patients, parental bond.

Tabla de contenidos

INTRODUCCIÓN.....	1
MÉTODO.....	9
Participantes.....	9
Medición.....	9
Procedimiento.....	13
Análisis de Datos.....	14
RESULTADOS.....	15
DISCUSIÓN.....	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25

APÉNDICES

Apéndice A:	Ficha de Datos
Apéndice B:	Características de la Muestra
Apéndice C:	Confiabilidad y correlaciones Ítem-test de Historia Vincular
Apéndice D:	Confiabilidad y correlaciones Ítem-test de Bienestar
Apéndice E:	Consentimiento informado

El cáncer es una de las enfermedades crónicas con mayor índice de mortalidad a nivel mundial. Según cifras de la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2018), en el 2015, ocasionó 8.8 millones de defunciones en todo el mundo. Cerca del 70% de las muertes por cáncer, ocurren en países de ingresos medios y bajos. En Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte. Los cánceres pulmonares, hepáticos, colorrectales, gástricos y mamarios son los que causan un mayor número de fallecimientos (OMS, 2018). Dadas las tasas de incidencia y mortalidad, es posible afirmar que el cáncer es un problema de salud pública a escala mundial.

En el Perú, el cáncer también representa un problema de salud pública importante por su alta incidencia y mortalidad, así como por la discapacidad que produce. En el 2017, se registraron 10 650 casos de cáncer en distintas unidades hospitalarias a nivel nacional, de los cuales el 70.8 % fueron casos nuevos y el 66 % fueron mujeres (Ministerio de Salud, 2018). Según cifras del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN], en el 2018, la cifra de casos nuevos en Lima Metropolitana ascendió a 11 865, de los cuales 7 355 fueron mujeres. Entre los tipos de cáncer con mayor incidencia en el Perú se encuentran el cáncer de cuello uterino, de mama, próstata, estómago y la leucemia (INEN, 2019).

Padecer esta enfermedad implica una serie de estresores a las que la persona debe hacer frente: el propio diagnóstico, el pronóstico asociado, las intervenciones, la potencial agresividad de los tratamientos médicos, las modificaciones de la imagen corporal, así como los cambios en la autonomía y los roles que se ejercen. Por este motivo, es causante de grandes desajustes psicológicos y ejerce una importante influencia en el bienestar tanto físico como psicológico de quienes la padecen (Guil et al, 2016; Navea & Tamayo, 2018).

Según el Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos, entre el 15 % y el 25% de pacientes con cáncer padecen de depresión en algún momento de la enfermedad (2019). Estudios llevados a cabo en varios países dan cuenta de la presencia de trastornos mentales en pacientes oncológicos. Así, un estudio realizado en Canadá con 10 153 pacientes, mostró que el 25 % presentó niveles clínicos o subclínicos de ansiedad y un 16.5 % tenía el diagnóstico de depresión (Linden, Vodermaier, MacKenzie, & Greig, 2012). En Alemania, con una muestra de 4020 pacientes, arrojó que un 32 % de los mismos presentaba algún tipo de trastorno mental, el 12 % de estos pacientes desarrolló sintomatología ansiosa y un 7% fue diagnosticado con depresión (Menhert, Brähler, & Faller, 2014). Otro estudio realizado en China reportó que el 30% a 40% de

pacientes con diagnóstico de cáncer presentaba algún tipo de trastorno del ánimo (Yang, Liu, & Wang, 2013). En un meta-análisis que examinó 70 estudios en 14 países con más de 10 000 participantes en entornos de tratamiento oncológico o hematooncológico activo, se estableció una tasa de prevalencia cercana a 20 % de trastornos de adaptación entre pacientes oncológicos ambulatorios en tratamiento activo (Mitchell, Chan, & Bhatti, 2011).

En ese contexto, es importante evaluar los factores asociados a un mejor ajuste a la enfermedad, y considerar que este no depende únicamente de las características de la enfermedad, sino que están asociadas con aspectos individuales de los pacientes, al igual que la adherencia al tratamiento y las interacciones con el personal de salud (Pravettoni & Gorini, 2011). Según la teoría del apego adulto, el recibir cuidado y protección cuando es necesario durante la niñez, permite que se desarrolle una buena regulación y modulación de experiencias emocionales en la adultez. Bajo otras circunstancias, los individuos pueden desarrollar una pobre regulación afectiva, patrones afectivos rígidamente organizados, o presentar respuestas afectivas desreguladas e inconsistentes (Bowlby, 2005). Por lo tanto, la manera en que un potencial estresor es procesado y las respuestas emprendidas para manejarlo, posiblemente estén relacionadas con la experiencia biográfica subjetiva de las primeras interacciones (Mikulincer, Shaver, Cassidy & Berant, 2009; Torquati & Vazsonyi, 1999).

La interacción entre el niño y sus padres, suele estar determinada por ciertos patrones de crianza, los que usualmente son estudiados bajo el concepto de estilos parentales. Estos pueden ser concebidos como el conjunto de actitudes que crean un clima emocional en el que se expresan las conductas de los padres (Darling & Steinberg, 1993). El estilo parental juega un rol muy importante en la vida del niño, puesto que todas las interacciones que tiene con su madre y su padre están influidas por ese estilo. Estas primeras interacciones influyen en la manera en que ese niño se relacionará más adelante con el resto de personas y en el estilo de apego que desarrollará, el cual se mantiene estable en el tiempo, aún en la adultez (Asili & Pinzón, 2003).

Aunque existen diversos modelos para abordar este constructo (Baumrind, 1966; Gray & Steinberg, 1999; Parker, Tupling, & Brown, 1979; Schaefer, 1959; Vazsonyi et al., 2003), la mayoría de autores coincide en identificar el cuidado y el control como los aspectos centrales a la base del estilo de crianza (Barber, Stolz, Olsen, Collins, & Burchinal, 2005; Laible & Carlo, 2004), a pesar de que hayan diferencias en los nombres de las dimensiones y el énfasis que se le da a los distintos aspectos del control (González-Vigil, 2008).

Adicionalmente, en la literatura existen dos aproximaciones para entender los estilos de crianza: la tipológica, en la que se proponen clasificaciones que surgen de la combinación de las dimensiones de cuidado y control; y la dimensional, en la cual las áreas de cuidado y control se estudian de manera independiente (Darling & Steinberg, 1993). El enfoque tipológico intenta capturar el ambiente de la crianza en un todo, mientras que el trabajar a partir de dimensiones permite una mayor flexibilidad para centrar el análisis en los diversos factores que intervienen en la relación entre padres e hijos; por lo tanto, algunos autores proponen el enfoque dimensional como mejor indicador de conocimiento de las características subyacentes a las prácticas de crianza que los tipos de estilos parentales en sí (Darling & Steinberg, 1993; Gray & Steinberg, 1999; Torío, Peña e Inda, 2008).

Así, la dimensión de *cuidado* se refiere a la naturaleza afectiva de la relación padre-hijo, la cual se evalúa mediante el grado de involucramiento, aceptación, disponibilidad emocional, calidez y responsividad en las interacciones entre padre e hijo, abarca aquellas conductas parentales que favorecen la cercanía emocional, por ejemplo, a través de la aceptación de los sentimientos y conductas del hijo, la escucha activa, el elogio, entre otros (Wood, McLeod, Sigman, Hwang, & Chu, 2003). Niveles bajos de cuidado podrían describirse como indiferencia parental, e implican una percepción de frialdad emotiva, descuido y despreocupación (Parker et al., 1979; Melis et al., 2001). El cuidado se ha relacionado con resultados positivos para el desarrollo en los niños, tales como la prevención de abuso de alcohol (Barnes & Farrell, 1992), de depresión y delincuencia (Bean et al., 2006) y de problemas de conducta externalizantes (Shaw et al., 1994).

La dimensión de *control*, por su parte, abarca las conductas de los padres dirigidas a controlar, manejar o regular el comportamiento o las actividades de sus hijos. Esta dimensión ha sido subdividida en dos tipos: el control conductual y el control psicológico (Barber, 1996; Barber et al., 2005). El *control conductual* implica las acciones emprendidas para controlar el comportamiento del niño, ya sea mediante la aplicación de normas y demandas, estrategias disciplinarias, control de recompensas y castigos, o mediante funciones de supervisión. Se considera que una cantidad apropiada de control afecta positivamente al desarrollo del niño; pero, cuando este es insuficiente o excesivo, se asocia a resultados negativos en su desarrollo, como mala conducta, depresión y afecto ansioso. Mientras que, en el *control psicológico*, se despliegan estrategias psicológicas intrusivas que buscan controlar las emociones, pensamientos

y sentimientos del hijo, tales como el invalidar las emociones, restringir la expresión verbal, retirar el amor, entre otras. Debido a su naturaleza manipulativa e intrusiva, este tipo de control se ha asociado casi exclusivamente a resultados negativos en el desarrollo en niños y adolescentes, como depresión, comportamiento antisocial y regresión relacional (Barber et al., 2005).

Hay distintos modos de evaluar patrones de crianza o estilos parentales. Se pueden estudiar tanto desde la perspectiva de los padres, con un autorreporte sobre sus acciones, o desde la perspectiva de los hijos, con reportes sobre las acciones de los padres. Además, estos reportes se pueden realizar en distintos momentos de la etapa evolutiva; por lo que se puede evaluar en niños y adolescentes el estilo parental percibido en la actualidad, pero también se puede evaluar en adolescentes y adultos la impresión retrospectiva de su experiencia de crianza. Diversos autores se refieren a este constructo de muchos modos: estilo vincular, vínculo parental, memorias de la relación parental, entre otros (Melis et al, 2001; Robles, Oudhof & Mercado, 2015; Renzi et al., 2017); sin embargo, para fines de esta investigación se utilizará la denominación de historia vincular que emplea Gonzales (2018) para referirse a la evaluación retrospectiva del control y cuidado recibidos por sus padres durante su crianza.

Numerosos estudios señalan asociaciones entre la historia vincular y variables relevantes para el desarrollo del niño y el adolescente. Por ejemplo, la percepción del hijo de una crianza afectuosa por parte de sus cuidadores tiende a estar asociado con indicadores positivos para el bienestar del mismo (Arranz, Bellido, Manzano, Martín, & Olabarieta, 2004). Así, un mayor cuidado parental parece fomentar en el hijo una mejor comunicación con sus padres (Oliva, Parra, & Arranz, 2008) y una mayor probabilidad de adquirir la capacidad de dominar emociones negativas de manera independiente (Fonagy & Target, 1997; Grienberger, Kelly, & Slade, 2005), manifestando un mejor ajuste a la etapa de transición a la que se enfrenta (Smetana, Campione-Barr, & Metzger, 2006). También, cuentan con un nivel de satisfacción más alto, así como mayor confianza para el afrontamiento de nuevas situaciones y un mayor grado de independencia (Arranz et al., 2004; Torío, et al., 2008).

Un estudio realizado en nuestro país que evaluaba la impresión retrospectiva de los estilos parentales en 221 adolescentes mostró que la percepción de los niveles de control materno y paterno eran significativamente mayores en las hijas en comparación a los hijos (Olivo, 2012). Esto indicaría que hay una mayor tendencia percibida de los padres de ambos sexos a

sobreproteger o controlar a sus hijas, lo cual coincide con lo encontrado en otro estudio realizado en Latinoamérica (Melis et al., 2001), mientras que un estudio realizado en Australia también mostró diferencias según el sexo, que radicaban en la percepción del cuidado parental (Parker, 2009).

Otra investigación realizada en Perú también halló que las hijas percibían un mayor control paterno que los hijos, y además se encontraron diferencias significativas en la historia vincular según el sexo de los padres, percibiéndose mayores niveles de cuidado y control por parte de las madres (Gonzales, 2018). Asimismo, se han hallado diferencias significativas según el estado civil del participante, encontrándose una mayor percepción de control parental en mujeres divorciadas frente a las casadas, así como mayores niveles de bienestar en las mujeres casadas (Asili & Pinzón, 2003).

Un estudio realizado en adolescentes con enfermedades crónicas, señaló que el estilo parental influenciaba el autoconcepto y el ajuste a la escuela, y que un estilo parental negativo tiene un mayor impacto en el autoconcepto en adolescentes con estas enfermedades frente a adolescentes sanos (Ahn & Lee, 2016). De igual manera, otros autores sostienen que el excesivo control y protección parental en esta población, se ha relacionado con un incremento de síntomas psicológicos negativos en estos adolescentes (Rybak et al., 2016).

Estudios realizados en pacientes adultos con cáncer de mama, señalan que aquellas que experimentaron relaciones parentales adecuadas, lidian con situaciones adversas en la adultez utilizando estrategias cognitivas y afectivas más funcionales (Bloom, Stewart, Jhonston, Banks, & Fobair, 2001; Cicero, Lo Coco, Gullo, & Lo Verso, 2009; Holland & Holahan, 2003; Schore & Schore, 2008; Tacón, 2002). También, que las relaciones tempranas con los padres pueden influir en las interacciones con los profesionales de la salud (Clark et al., 2011; Harding, Beesley, Holcombe, Fisher, & Salmon, 2015; Hunter & Maunder, 2001; Salmon et al., 2007; Pietromonaco, Uchino, & Schetter, 2013) y que la relación paterna es un importante predictor de los procesos de ajuste adaptativo, que está significativamente asociada con los mecanismos de defensa y estrategias de afrontamiento, encontrándose que niveles altos de control paterno se asocian al uso de mecanismos de defensa inmaduros y a un estilo de afrontamiento poco adaptativo como la desesperanza, mientras que niveles bajos de cuidado se asocian a un mayor uso de defensas represivas (Renzi et al, 2017).

Esta serie de investigaciones hace notar que la relación con los padres juega un rol importante en diversos procesos adaptativos, lo que lleva a pensar que la historia vincular puede tener algún tipo de relación con el bienestar del individuo, más aún cuando este se encuentra atravesando una situación particularmente estresante como es sufrir una enfermedad crónica como el cáncer.

El bienestar puede ser definido como un estado de la persona cuyas condiciones físicas y mentales, así como las económicas, le proporcionan un sentimiento de satisfacción y tranquilidad; asimismo, como el conjunto de las cosas necesarias para vivir bien (Real Academia Española, 2014). En el campo de la psicología, existen diversos enfoques para aproximarse a este. Entre ellos, resaltan dos grandes corrientes. Por un lado, está la perspectiva hedónica, la cual se enfoca en la felicidad y define el bienestar en términos de obtención de placer y evitación de dolor, no únicamente a nivel físico, sino que también se realiza un balance entre emociones positivas y negativas, además de evaluar el nivel de satisfacción con la vida (Ryan & Deci, 2001). El enfoque eudaimónico, por otro lado, se centra en el significado de la existencia y la percepción de autorrealización; define el bienestar en términos del grado en que una persona está funcionando plenamente e incluye aspectos relacionales (Ryan & Deci, 2001). Algunos autores, como Keyes, Shmotkin y Ryff (2002), han extendido los límites de esta diferenciación y han utilizado el constructo de bienestar subjetivo como principal representante de la tradición hedónica, y el constructo bienestar psicológico como representante de la tradición eudaimónica.

Actualmente se considera que ambos modelos no son excluyentes, ya que el concepto de bienestar es multidimensional e incluye aspectos tanto hedónicos como eudaimónicos. Ciertos autores señalan que un modelo integrado de bienestar debe incluir ambos aspectos, pero que se deben medir por separado, ya que son dos facetas de un mismo constructo, pero empíricamente son distintos (Keyes et al., 2002; Ryan & Deci, 2001). En este sentido, Diener et al. (2010) proponen un modo de aproximarse al bienestar que incorpora ambos aspectos: el crecimiento psicológico o florecimiento y los afectos positivos y negativos. Este modelo surge de la necesidad de complementar las perspectivas hedónicas y eudaimónicas.

Estudiar el bienestar es de gran importancia pues es una de las principales metas vitales de las personas y, además, se ha demostrado que tiene notables implicaciones para la salud física y mental, así como para el contexto social y comunitario de las personas (Hervás, 2009). La investigación realizada por Lyubomirsky, King y Diener (2005), mostró que tiene un efecto a

mediano plazo en la satisfacción y estabilidad en matrimonios y otras relaciones interpersonales, en el rendimiento laboral, en el involucramiento en su comunidad, así como en la salud y la longevidad. Asimismo, Roca (2007) sostiene que las personas con mayores niveles de bienestar están mejor preparadas para desarrollar afrontamientos satisfactorios. Otros estudios también señalan que el bienestar se asocia a una productividad más significativa, a una mejor salud física y a un mejor sistema inmunológico que funciona como un factor protector al contrarrestar los efectos debilitantes de los altos niveles de estrés (Diener & Chan, 2011; Lamers, Bolier, Westerhof, Smit, & Bohlmeijer, 2012).

En Latinoamérica, algunos investigadores han analizado las diferencias en el bienestar según el sexo de los participantes. Los estudios realizados por Del Valle, Hormaechea y Urquijo (2015); Barrantes y Ureña (2015) y Pineda, Castro y Chaparro (2018), llevados a cabo en Argentina, Costa Rica y Colombia respectivamente, encontraron diferencias estadísticamente significativas en el bienestar, presentándose mayores niveles de este en las mujeres. Una investigación realizada en Perú, por el contrario, encontró mayores niveles de bienestar en los hombres (Chávez, 2011); mientras que otras, también llevadas a cabo en Perú, no encontraron diferencias en el bienestar según el sexo (Trigoso, 2012; Pardo, 2010).

Diversas investigaciones analizan el bienestar en pacientes oncológicos. Un estudio longitudinal realizado en Inglaterra evaluó el bienestar en 444 pacientes, a través de la medición de síntomas depresivos y satisfacción con la vida en tres momentos: entre 0 y 2 años antes del diagnóstico de cáncer, entre 0 y 2 años después del diagnóstico, y entre 2 a 4 años después del diagnóstico. Los resultados muestran que el bienestar disminuyó del primer momento al segundo, pero aumentó para el tercero (Williams, Jackson, Beeken, Steptoe, & Wardle, 2016). Esto coincide con lo encontrado por Frost et al. (2000), quien sostiene que el bienestar en mujeres recientemente diagnosticadas con cáncer de mama, suele ser desfavorable en comparación al nivel de bienestar posterior. Del mismo modo, se han encontrado niveles más altos de depresión en pacientes con estadios más avanzados de este tipo de cáncer, lo que podría indicar que hay menores niveles de bienestar en los estadios más avanzados (Valderrama & Sánchez, 2018).

En el mismo contexto, Egert (2000), encontró que el bienestar psicológico correlacionaba significativamente y de forma inversa con el estrés y deterioro funcional en pacientes con cáncer de mama. Asimismo, halló que la percepción de adecuado soporte social contribuía en el mayor

bienestar psicológico que presentara la paciente. Esto coincide con lo planteado por Ringdall, Jordhey y Kaasa (2007), quienes sostienen que el apoyo emocional que puede brindar un cuidador al paciente con cáncer, sirve como un amortiguador para que este último pueda afrontar los eventos estresantes que implica padecer esta enfermedad, y que la relación con el cuidador tiene un impacto significativo en la calidad de vida del paciente y en su bienestar. Bellver et al. (2009), por su parte, encontró que la intervención psicológica en estas pacientes lograba una mejoría significativa en afectos positivos, así como disminución de los negativos sólo en el primer momento de intervención y que luego es una respuesta que parece mantenerse estable.

A pesar de que ambos constructos se han estudiado en pacientes oncológicos, no hay investigaciones que analicen la relación entre ambos. Ya que el bienestar puede influenciar en sistemas fisiológicos específicos relacionados con el funcionamiento inmunológico y en la promoción de la salud (Ryff & Keyes, 1995), resulta de vital importancia estudiar aquellos factores que se le asocien, principalmente en una población en la que la salud y el bienestar se han visto amenazadas por la enfermedad oncológica. Además, como sostienen Renzi et al. (2017), la evaluación de la historia vincular en el contexto psicooncológico puede proporcionar un índice de pronóstico adicional de las habilidades de ajuste, lo que podría indicar cuáles individuos están en riesgo y pueden necesitar apoyo después del diagnóstico.

Por estos motivos, es pertinente plantear como propósito de esta investigación, conocer la relación entre la historia vincular y el bienestar en pacientes con cáncer. Asimismo, se pretende, de manera específica, analizar las posibles diferencias entre la historia vincular y el bienestar en función a las variables sociodemográficas y de enfermedad/tratamiento. Para lograr estos objetivos, se aplicarán instrumentos que midan estas variables en una única ocasión, en un grupo de pacientes con cáncer. Se espera que los resultados del estudio ofrezcan algunos lineamientos para la intervención psicológica con estos pacientes, buscando promover el bienestar desde una mirada que incorpore los aspectos vinculares.

MÉTODO

Participantes

Se contó con la participación de 57 pacientes oncológicos que se atienden en un hospital especializado en enfermedades neoplásicas en Lima y que actualmente viven en albergues. Sus edades comprendían un rango entre 18 y 69 años ($M = 38.4$, $DE = 13.83$). Del total de participantes, 38 fueron mujeres (66.7 %) y 19 hombres (33.3 %). Asimismo, 15 participantes reportaron ser de Lima y Callao (26.3 %), mientras que 42, de otras provincias del Perú (73.7 %).

Según las variables sociodemográficas (Apéndice A), del total de participantes, 21(36.8 %) tuvieron que movilizarse de su ciudad para realizar su tratamiento médico, mientras que 36 (63.8 %) no. Además, el 45.6% reportó tener pareja y el 56.1% no; asimismo, el 43.9% señaló tener hijos, frente al 56.1% que no. En cuanto al diagnóstico oncológico, 17 participantes (29.8 %) tienen algún tipo de leucemia, mientras que 40 (70.2 %) tienen tumores sólidos. El tiempo de diagnóstico iba de 4 a 204 meses ($M = 36.05$, $DE = 43.07$). Respecto al estadio clínico, 41 pacientes (71.9 %) tienen un estadio desconocido, 7 (12.3 %) se encuentran en los estadios I y II, y 9 (15.8 %) en el estadio III. Finalmente, en cuanto al tratamiento médico, 30 pacientes (52.6 %) reportaron recibir quimioterapia y/o radioterapia, 10 (17.5 %) estar en controles y 17 (29.8 %) otro tipo de tratamiento (ver Apéndice B).

En primer lugar, se obtuvo la autorización de los albergues para realizar la investigación. Posteriormente, se invitó a los pacientes a participar, explicándoles el propósito del estudio, así como el manejo ético del mismo, y se les solicitó firmar un consentimiento informado en el que se precisaba el carácter voluntario de su participación y el trato confidencial de la información brindada (Apéndice E). Como criterios de inclusión se consideró la edad de los participantes, así como el tiempo de diagnóstico de la enfermedad, el cual debía ser mayor de 3 meses. Además, se tuvo como criterios de exclusión que el paciente tuviera un diagnóstico de metástasis, se encontrara en un estadio IV o en una recaída de la enfermedad.

Medición

Para evaluar la historia vincular, se utilizó el Instrumento de Vínculo Parental (*Parental Bonding Instrument*) [PBI], un cuestionario de autorreporte creado por Parker, Tupling y Brown

en 1979 en Australia. El PBI mide las percepciones del participante en relación a la parentalidad de sus cuidadores primarios durante los primeros dieciséis años de su vida.

Este instrumento cuenta con una versión para el padre y otra para la madre y cada versión tiene 25 ítems que son idénticos entre sí. Los ítems están formulados en tiempo pasado y se califican con una escala tipo Likert. Cada respuesta se puntúa en un rango de 1 a 4 puntos, donde 1 significa *Muy en desacuerdo* y 4 *Muy de acuerdo*.

Originalmente, Parker et al. (1979) encontraron dos sub-escalas. La primera es la de *Cuidado*, que cuenta con 13 ítems. Una puntuación alta en esta escala refleja afectuosidad, calidez, empatía, contención emocional, cercanía e intimidad; y una baja, frialdad emotiva, indiferencia y negligencia. La segunda escala es la de *Control*, que cuenta con 12 ítems. Puntajes altos en esta escala indican control, rigidez, sobreprotección, intrusividad, contacto excesivo, infantilización, refuerzo de la dependencia psicológica y prevención de conductas autónomas; mientras que una puntuación baja refleja promoción de la autonomía e independencia.

La validación del instrumento original fue realizada en Australia con 150 personas cuyas edades oscilaban entre 17 y 40 años (Parker et al., 1979). Se realizó un análisis factorial exploratorio, encontrándose dos factores que en conjunto explicaban un 45 % de la varianza total. El primer factor, cuidado, explicaba un 28 % de la varianza; mientras que protección, el 17 %. Para obtener una medida de la confiabilidad de las respuestas de la muestra, se incluyeron dos ítems iguales, cuyas respuestas fueron correlacionadas, hallándose un coeficiente de correlación de Pearson de .70 ($p < 0.001$). Para evaluar la fiabilidad test-retest, diecisiete miembros completaron el inventario en dos ocasiones, con tres semanas de diferencia, obteniéndose un coeficiente de correlación de Pearson de .76 para la escala de cuidado y .63 para la escala de protección. Además, para medir la confiabilidad por mitades, se dividió en dos partes el cuestionario. En este caso se obtuvo un coeficiente de correlación de Pearson de .88 para la escala de cuidado y .74 para la escala de protección.

Posteriormente, este instrumento ha sido estandarizado en Chile por Melis et al. (2001) con 542 personas de 16 a 64 años. La validez de constructo se obtuvo a través de un análisis factorial exploratorio, y se encontró que la proporción de varianza total fue de 37.7 % para el cuestionario materno y de 39.5 % para el paterno. Para medir la consistencia interna, se calculó el coeficiente de alfa de Cronbach, y se halló que este oscilaba entre .78 y .89 para las escalas subdivididas por el sexo del progenitor. Esta estandarización se basó en la adaptación al español

realizada por Albala y Sepúlveda en 1997. En ese caso, el análisis factorial exploratorio determinó una proporción de varianza total de 37.1 % para el cuestionario materno y de 36.8 % para el cuestionario paterno; así como coeficientes de confiabilidad que oscilaron entre .78 y .93.

En el Perú, el PBI ha sido utilizado por Olivo (2012), quien recurrió a la estandarización chilena de Melis et al. (2001) y realizó una adecuación lingüística en 6 ítems. Respecto a la confiabilidad del cuestionario, se alcanzó un alfa de .79 para la escala de cuidado materno y un alfa de .81 para la escala de cuidado paterno, así como un alfa de .70 para la escala de control materno y un alfa de .69 para la escala de control paterno.

En la presente investigación, para el análisis de consistencia interna, se obtuvo un alfa de Cronbach de .85 y .82 para las escalas de cuidado materno y paterno respectivamente, y alfas de .66 y .50 para las escalas de control materno y paterno. El ítem 3, perteneciente a la escala de control, presentaba una correlación inversa y moderada con la escala, por lo que se procedió a eliminarlo de los análisis, quedando así las escalas de control materno y paterno con alfas de .74 y .62 respectivamente. El ítem 13 también presentaba una correlación inversa, pero de tamaño muy pequeño, por lo que se mantuvo ya que no afectaba el funcionamiento de la prueba (Apéndice C).

Para medir el bienestar, se utilizaron las escalas de Florecimiento (*Flourishing*) y Afectos negativos y positivos (*Scale of Positive and Negative Experience* [SPANE]), ambas creadas por Diener et al. (2010). La escala de florecimiento evalúa el crecimiento o desarrollo psicológico a través de 8 ítems que se responden en una escala de tipo Likert con siete opciones que van desde *Totalmente de acuerdo* hasta *Totalmente en desacuerdo*. La SPANE, por su parte, mide los sentimientos subjetivos de bienestar y malestar a partir de un rango amplio de emociones y sentimientos. Es una escala de 12 ítems, de los cuales seis evalúan experiencias positivas (SPANE-P) y seis experiencias negativas (SPANE-N). El balance de los afectos resulta de restar los negativos de los positivos. La puntuación para cada ítem va del 1, *Casi nunca o nunca*; al 5, *Muy seguido o siempre*.

La validación de las escalas originales fue realizada por Diener et al. (2010) con 689 estudiantes de seis universidades diferentes, cinco de las cuales eran estadounidenses y una singapurense, y ambas mostraron un adecuado funcionamiento.

La escala de florecimiento mostró un índice de consistencia interna de .87 y un coeficiente de correlación test-retest de .81. Se realizó un análisis factorial exploratorio y se

encontró un solo factor que explicaba el 53 % de la varianza total. La validez convergente se analizó con distintas escalas que miden bienestar como la Escala de Satisfacción con la vida de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985), la Escala de Optimismo Revisada de Scheier, Carver y Bridges (1994), la Escala de Satisfacción de Necesidades (Deci & Ryan, 2000) y la Escala de Bienestar psicológico de Ryff y Singer (2008), encontrándose correlaciones fuertes y positivas con todas las escalas, a excepción del área de autonomía de la Escala de Bienestar Psicológico y de Satisfacción de Necesidades, en la que las correlaciones fueron positivas, pero de mediana significación (.43).

En el caso de la SPANE, se hallaron índices de consistencia interna de .87 para la SPANE-P; .81 para la SPANE-N y .89 para la SPANE-B; mientras que los coeficientes test-retest fueron de .62 para la SPANE-P; .63 para la SPANE-N; y .68 para la SPANE-B. Respecto a la validez de la escala, se realizó un análisis factorial exploratorio para cada componente emocional, encontrándose un único factor que explicaba el 61 % de la varianza para la SPANE-P y un solo factor que explicaba el 53 % de la varianza para el SPANE-N. La correlación entre ambas dimensiones fue de -.60. Para la validez convergente se correlacionó con las escalas PANAS de Watson, Clark y Tellegen (1988), la Escala de Felicidad de Fordyce (1988) y la Escala de Felicidad Subjetiva (Lyubomirsky & Lepper, 1999), encontrándose correlaciones fuertes con todas las escalas.

En el Perú, tanto la escala de Florecimiento como la SPANE fueron validadas por Cassaretto y Martínez (2017). Para ello se llevaron a cabo dos estudios, en el primero, con 656 estudiantes universitarios, se analizó la confiabilidad y la estructura interna de las escalas; y en el segundo, con 201 estudiantes universitarios, se calculó la validez convergente y divergente de las escalas con otras medidas de bienestar y se realizó un análisis factorial confirmatorio. Ambos estudios mostraron adecuadas propiedades psicométricas en las escalas.

Así, los coeficientes de confiabilidad fueron de .89 para la escala de florecimiento, .91 para la escala de afecto positivo y .87 para la escala de afecto negativo, y las correlaciones ítem-test fueron superiores a .5 en todos los casos. El análisis factorial exploratorio mostró que todos los ítems presentaban cargas factoriales mayores a .60 y se encontró un solo factor para la escala de Florecimiento que explica el 56.82 % de la varianza ($KMO = .91$; $p < 0.01$) un factor con 69.49 % de varianza explicada para la dimensión de afectividad positiva ($KMO = 0.91$; $p < 0.01$)

y un factor para la dimensión de afectividad negativa que explica el 61.56 % de la varianza ($KMO = 0.89$; $p < 0.01$).

En el segundo estudio, el análisis factorial confirmatorio mostró índices adecuados para ambos modelos: florecimiento ($\chi^2 = 49.24$, $p < .001$, $\chi^2 / df = 2.46$, $RMSEA = .09$, $CFI = .98$, $SRMR = .06$) y afectividad: ($\chi^2 = 64.42$, $p = .135$, $\chi^2 / df = .21$, $RMSEA = .03$, $CFI = 1$, $SRMR = .05$). Todas las cargas factoriales fueron estadísticamente significativas ($p < 0.001$), y oscilaban entre .31 y .89 para la escala de afectividad, y entre .61 y .79 para la escala de florecimiento. La correlación entre la dimensión de afectividad positiva y afectividad negativa fue de -.66, mientras que la de afectividad positiva y florecimiento fue de .62, y entre afectividad negativa y florecimiento fue de -.47. Para la validez convergente y divergente, se analizaron las correlaciones con otros instrumentos que evalúan constructos similares como la Escala de Optimismo (Scheier et al., 1994) la Escala de Afecto Positivo (Watson et al., 1988) la Escala de Satisfacción con la Vida (Diener et al., 1985) y la Escala de Bienestar (Casullo, 2002). Todas las correlaciones fueron significativas y de acuerdo a lo esperado (Cassaretto & Martinez, 2017).

En la presente investigación, se realizó un análisis de consistencia interna, hallándose alfas de Cronbach de .84, .78 y .79 para las escalas de afectividad positiva, afectividad negativa y florecimiento respectivamente (Apéndice D).

Procedimiento

La aplicación de los cuestionarios se llevó a cabo en tres albergues de Lima en los cuales se hospedan los pacientes que vienen de otras provincias del Perú para realizar su tratamiento médico. La propuesta de investigación fue presentada ante las autoridades de los albergues para explicarles el objetivo, la metodología y el manejo ético de la misma. Cuando se recibió la aprobación, se procedió a identificar a los posibles participantes. Se invitó a los pacientes a participar, y se les solicitó firmar un consentimiento informado (Apéndice E) antes de la aplicación. Cada participante fue evaluado en una sola ocasión y de manera individual, y el tiempo de duración de la aplicación fue de 30 minutos aproximadamente. Cabe resaltar, que también hubieron pacientes de Lima que se encontraban en los albergues participando de talleres o visitando a otros pacientes al momento de la aplicación.

Finalmente, en el caso de que un paciente se viera emocionalmente movilizado por las preguntas de las pruebas, se planificó brindarle un espacio de escucha y ejecutar el protocolo de

contención emocional, para posteriormente realizar una derivación al servicio de psicología; no obstante, esto no fue necesario en ninguno de los casos.

Análisis de datos

Se utilizó el software IBM SPSS *Statistics* en su versión 23 para ordenar los datos recogidos y realizar los análisis estadísticos pertinentes. En primer lugar, se revisó si había valores perdidos. Luego, se procedió a analizar la confiabilidad del PBI y las escalas de Florecimiento y Afectividad Positiva y Negativa a través del estadístico Alfa de Cronbach.

Se analizó la normalidad de todos los datos, utilizando la prueba de Kolgomorov – Smirnov ya que la muestra es de 57 participantes. Con la finalidad de determinar si se podrían usar análisis estadísticos paramétricos, a pesar de haberse encontrado una distribución no normal en los puntajes de varias escalas, se verificó que no hubiera casos de no normalidad extrema mediante la revisión de los coeficientes de asimetría ($> |3|$) y curtosis ($> |10|$). Dado que estos valores se encontraban dentro de los parámetros señalados, se procedió a utilizar dichos análisis (Kline, 2012).

Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para analizar las relaciones entre las dimensiones de las escalas de historia vincular y bienestar. Asimismo, se analizó si existen diferencias en los niveles de los componentes de dichas escalas según las variables sociodemográficas y de enfermedad de los participantes. Para ello, se compararon las medias mediante el estadístico T de Student y se realizaron análisis de varianza de una vía (ANOVA).

RESULTADOS

A continuación, se presenta la información obtenida para responder a los objetivos de la investigación. En primer lugar, se muestran las correlaciones entre las escalas de bienestar e historia vincular, correspondientes al objetivo principal, y posteriormente los análisis realizados para responder a los objetivos específicos.

Respecto a la relación entre las variables psicológicas se encontró que la única correlación hallada fue entre la escala de bienestar de florecimiento y el cuidado materno, siendo esta directa y de mediana magnitud. Cabe señalar que también se encontraron correlaciones entre las escalas de bienestar, coherentes con las planteadas teóricamente (Tabla 1).

Tabla 1
Correlaciones entre Historia Vincular y Bienestar

	Bienestar			Historia Vincular			
	Afectos Positivos	Afectos Negativos	FloreCIMIENTO	Cuidado materno	Cuidado paterno	Control materno	Control paterno
Afectos Positivos	---	-.40**	.65**	.10	.23	.04	-.04
Afectos Negativos			-.26	-.02	-.19	.12	.03
FloreCIMIENTO				.33*	.09	-.01	-.05
Cuidado materno					.18	-.17	-.03
Cuidado paterno						.11	.14
Control materno							.65**
Control paterno							

N = 57, * $p < .05$, ** $p < .01$.

Los objetivos específicos de la investigación buscaban analizar las diferencias en los niveles de historia vincular y bienestar según los datos sociodemográficos y de enfermedad de los participantes. No se encontraron diferencias de acuerdo a la mayoría de variables sociodemográficas (edad, nivel educativo, estado civil, ciudad de origen, pareja, hijos, personas

con las que vive actualmente y movilización por tratamiento) ni de enfermedad (diagnóstico oncológico, estadio clínico y tratamiento actual).

Sin embargo, sí se hallaron diferencias significativas respecto a sexo. Así, en cuanto al bienestar, se halló que las pacientes mujeres reportan mayores niveles de afecto negativo que los pacientes varones. Mientras que, a nivel de historia vincular, las áreas de control son las que muestran mayores diferencias, hallándose que las mujeres perciben más control materno y paterno que los pacientes varones (Tabla 2)

Tabla 2

Diferencias de grupo para Afectos Negativos, Control materno y Control paterno según sexo

	Femenino (n=38)		Masculino (n=19)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>D.S</i>	<i>M</i>	<i>D.S</i>			
Afectos Negativos	14.89	4.84	12.21	2.68	2.69	.009	0.69
Control materno	31.87	7.06	28	5.29	2.11	.040	0.62
Control paterno	33.32	5.50	28.11	5.47	3.38	.001	0.95

Dado que estudios previos señalan que se presentan diferencias en el bienestar y la historia vincular según el sexo, se analizaron de manera exploratoria las relaciones entre las escalas por separado. En el caso de las mujeres, se hallaron correlaciones medianas entre afectos positivos y cuidado paterno, así como florecimiento y cuidado materno. En cuanto a los hombres, se halló una correlación mediana entre afectos negativos y control materno (Tabla 3).

Tabla 3
Correlaciones entre Historia Vincular y Bienestar

Sexo del Participante	Bienestar			Historia Vincular			
	Afectos Positivos	Afectos Negativos	FloreCIMIENTO	Cuidado materno	Cuidado paterno	Control materno	Control paterno
Femenino (n=38)	Afectos Positivos	-.47**	.61***	.07	.39*	.15	.21
	Afectos Negativos		-.23	.08	-.23	-.05	-.23
	FloreCIMIENTO			.37*	.01	.16	.22
	Cuidado materno				.08	-.14	.05
	Cuidado paterno					.14	.06
	Control materno						.62***
	Control paterno						
Masculino (n=19)	Afectos Positivos	-.06	.71***	.12	.02	-.07	-.32
	Afectos Negativos		-.13	-.33	-.36	.50*	.36
	FloreCIMIENTO			.20	.20	-.30	-.35
	Cuidado materno				.40	-.23	-.13
	Cuidado paterno					-.06	.14
	Control materno						.60***
	Control paterno						

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

DISCUSIÓN

El cáncer es una de las enfermedades crónicas con mayores tasas de incidencia y mortalidad tanto a nivel mundial como en el Perú, representando un importante problema de salud pública (Ministerio de salud, 2018; OMS, 2018). Padecer esta enfermedad, enfrenta al paciente con múltiples problemas físicos, psicológicos y sociales, los que a su vez, desencadenan una serie de emociones intensas a las cuales hacer frente desde el momento del diagnóstico y durante todo el proceso de la enfermedad (Cruzado, 2013). Por estos motivos, el cáncer es causante de grandes ajustes psicológicos y ejerce una gran influencia en el bienestar (Guil et al, 2016; Navea & Tamayo, 2018). Debido a que diversos estudios señalan que el bienestar tiene notables implicaciones para la salud física y mental, así como en las relaciones interpersonales, resulta de vital importancia analizar aquellos factores que se asocien con él (Diener & Chan, 2011; Hervás, 2009; Lamers et al., 2012; Lyubomirsky et al., 2005). Dicho esfuerzo permitirá generar alternativas más eficaces para promoverlo, especialmente en una población en la que la salud y el bienestar se han visto amenazados por la enfermedad oncológica.

Tomando en cuenta que algunos autores sostienen que las relaciones tempranas con los padres pueden relacionarse con el bienestar en la adultez (Arranz et al., 2004; Fonagy & Target, 1997; Grienberger et al., 2005), se planteó como propósito de este estudio analizar la posible relación entre la historia vincular y el bienestar en un grupo de pacientes oncológicos adultos. Respecto a este objetivo general, contrariamente a lo esperado, solamente se halló una correlación entre las escalas de florecimiento y cuidado materno, la cual fue de mediana magnitud (Cohen, 1988). Este hallazgo apoya lo que plantean algunos autores, quienes sostienen que la percepción del hijo de una crianza afectuosa por parte de sus cuidadores tiende a estar asociado con indicadores positivos para el bienestar del mismo (Oliva, Parra & Arranz, 2008).

El cuidado implica el vínculo afectivo entre padres e hijos, diversos autores sostienen que aquellos padres que proporcionan cariño y brindan una respuesta sensible a las emociones de sus hijos, promueven un desarrollo óptimo de su regulación emocional, facilitando así la reevaluación de una situación y el generar estrategias de resolución de problemas (Morris, Silk, Steinberg, Myers & Robinson, 2007; Oshri, Sutton, Clay-Warner, & Miller, 2015). Esto puede explicar la relación con el florecimiento, ya que este se asocia con la autoaceptación, el dominio del ambiente y la autonomía (Ryff, 1989) y el contar con más

estrategias de resolución de problemas, podría generar mayores sentimientos de competencia y de autorrealización, ya que el individuo se percibe más apto para enfrentar diversas situaciones y manejar su entorno.

Asimismo, el florecimiento también incorpora las relaciones interpersonales positivas (Ryff, 1989), lo que también podría explicar su relación con el cuidado, ya que, al percibir mayores niveles de afecto, calidez y aceptación, se favorece que el hijo desarrolle un estilo seguro de apego. Como sostienen Ainsworth (1972) y Bowlby (1982), las primeras relaciones influyen en la forma en que el niño se relacionará más adelante con otras personas y el estilo de apego que desarrollen a partir de estas permanece estable con el tiempo; por lo tanto, es probable que aquellos que tengan relaciones parentales caracterizadas por altos niveles de cuidado desarrollen un estilo de apego seguro y mantengan ese patrón de relaciones en su vida adulta, lo que generaría mayores niveles de florecimiento.

No se encontraron relaciones entre florecimiento y cuidado paterno, control materno o control paterno. Tampoco se hallaron correlaciones entre las escalas de afectividad con ninguna de las escalas de historia vincular. Se esperaba que, en tanto hay una relación grande entre florecimiento y afectos positivos, habría una correlación entre florecimiento y cuidado materno, así como una entre afectos positivos y cuidado materno; sin embargo, dichas relaciones no se hallaron. Esto refleja que aunque estén relacionados, el afecto positivo y el florecimiento son dos aspectos distintos del bienestar; mientras que el primero se centra en la presencia de emociones positivas, en la felicidad y en el placer; el segundo se enfoca en el desarrollo del potencial, el crecimiento personal, el significado de la existencia, la autorrealización y en las relaciones interpersonales (Diener, Oishi & Lucas, 2009; Ryan & Deci, 2001; Ryff, 1989; Ryff & Singer, 2008).

Considerando que en algunas investigaciones se han reportado diferencias en los niveles de bienestar e historia vincular según el sexo de los participantes (Barrantes & Ureña, 2015; Del Valle et al., 2015; Melis et al., 2001; Olivo, 2012, Pineda et al., 2018), se decidió analizar las correlaciones entre las escalas por separado. Así, se encontraron relaciones entre florecimiento y cuidado materno y entre afectos positivos y cuidado paterno en el caso de las mujeres, y una correlación entre afectos negativos y control materno en el de los hombres.

La correlación hallada a nivel global entre florecimiento y cuidado materno se replicó en el caso de las mujeres. Algunos autores señalan que las madres suelen exhibir más conductas de diálogo sobre las emociones y más conductas orientadas a enseñar habilidades regulatorias a sus hijos en comparación con los padres (Fivush, Brotman, Buckner, & Goodman, 2000) mientras que otros rescatan que para las mujeres es particularmente

importante el vínculo materno, porque contribuye en el desarrollo de su identidad femenina (Asili & Pinzón, 2003). Esto podría explicar por qué la correlación fue hallada entre el cuidado materno y el florecimiento en las hijas mujeres, y no en los hijos hombres. Además, la muestra estuvo compuesta en su mayoría por mujeres, por lo que también es probable que no se hayan encontrado estas correlaciones en los hombres debido al número reducido de participantes.

Si bien a nivel global no se encontraron relaciones entre afectos positivos y cuidado paterno, sí se encontró una correlación positiva y mediana en las mujeres. Esto coincide con lo que plantean algunos autores como Furnham y Cheng (2000), quienes sostienen que los estilos de crianza influyen en la autoestima, y que esta se relaciona directamente con la felicidad. Así, cuando las hijas perciben calidez y apoyo por parte de sus padres, estas reportan mayores niveles de autoestima (Allgood, Beckert, & Peterson, 2012).

De igual manera, este hallazgo también podría ser explicado desde la teoría de la Autodeterminación (Ryan & Deci, 2000), como proponen Niemiec et al. (2006), quienes afirman que la relación entre el cuidado y la felicidad reside en la satisfacción de necesidades psicológicas básicas como la autonomía, la competencia y la relación. La contribución de los padres a la satisfacción de estas necesidades, produce resultados favorables en varios aspectos considerados importantes para la felicidad, como la auto-regulación emocional, la motivación intrínseca, el comportamiento pro-social, la vitalidad y la autoestima (Chirkov & Ryan 2001; Joussemet, Koestner, Lekes, & Landry, 2005; Niemiec et al., 2006; Roth, Assor, Niemiec, Ryan, & Deci, 2009; Soenens et al., 2007). Así, una relación con los padres caracterizada por afecto, calidez y responsividad, podría generar que en la adultez las mujeres manifiesten una mayor presencia de afectos positivos.

En el estudio realizado por Rodríguez, Del Barrio y Carrasco (2009), que tenía por objetivo analizar las diferencias en la crianza materna y paterna según el sexo y la edad, se encontró que las hijas son más sensibles al afecto, la cercanía y la implicación de los padres en comparación con los hijos, quienes a su vez serían más sensibles al control, la supervisión y la autoridad. Esto coincide con otras investigaciones, las cuales muestran a las hijas más sensibles a la percepción de hábitos de crianza relacionados con la comunicación y el afecto y a los hijos varones más sensibles a la percepción de control y disciplina (Fuentes, Motrico, & Bersabé, 2001; Gaylord, Kitzmann, & Coleman, 2003; Mestre, Samper, Tur, & Díez, 2001). Estos hallazgos podrían explicar por qué las correlaciones con cuidado materno y paterno se dieron en el caso de las mujeres, pero no de los hombres. Del mismo modo, también

explicarían la correlación hallada para los varones, la cual no se replica en el caso de las mujeres.

En cuanto a los hombres, se halló una correlación mediana entre las escalas de afectos negativos y control materno. Esto guarda relación con lo planteado por Morris et al. (2002), quienes sostienen que el control psicológico se relaciona con consecuencias perjudiciales para el desarrollo de la regulación emocional. Es así que las actitudes parentales rígidas, intrusivas y que fomentan la dependencia de los hijos, generan que les cueste comprender y manejar las emociones propias y del resto, lo que podría repercutir en una mayor percepción de afectos negativos (Thompson & Meyer, 2007).

Además, debido a que niveles altos de control materno implican infantilización, refuerzo de la dependencia psicológica y prevención de conductas autónomas e independencia (Barber et al., 2005), su presencia podría generar que el hijo no se sienta seguro para explorar su medio por sí mismo, y establecer contacto con otras personas, lo que a largo plazo podría significar el desarrollo de un estilo de apego inseguro. Las personas con un estilo de apego inseguro suelen tener una visión negativa de sí mismas y del mundo social, y aunque tengan deseos de intimidad y afiliación, esta imagen negativa les induce desconfianza y temor ante el resto, por lo que evitan la cercanía y manifiestan altos niveles de ansiedad (Casullo & Fernandez, 2005; Mikulincer & Shaver, 2003). Esta es otra manera en la que el control materno podría relacionarse con la presencia de afectos negativos.

Otros estudios realizados en familias latinoamericanas han hallado que los hijos varones perciben menores niveles de control que las mujeres, siendo alentados a ser más independientes y recibiendo más privilegios y permisos para salir del hogar que las hijas, quienes por el contrario son presionadas a cumplir con responsabilidades familiares, en concordancia con roles tradicionales de género presentes en la cultura latina (Domenech-Rodriguez, Donovanick, & Crowley, 2009; Love & Buriel, 2007). Debido a estos roles, los hombres pueden tener expectativas de menor control y presentar un mayor rechazo ante este, lo que podría significar una mayor presencia de emociones negativas ante un nivel elevado de control. En el caso de las mujeres, en cambio, se espera que estas sean más controladas y tengan menos permisos que los hombres, lo que podría explicar por qué se encontró la correlación con afectos negativo en los hombres y no en las mujeres.

En relación a los objetivos específicos, no se encontraron diferencias significativas según la mayoría de variables sociodemográficas y de enfermedad. Esto coincide con otro estudio realizado en Perú con pacientes oncológicos, en el que tampoco se encontraron diferencias en el bienestar en cuanto a las variables sociodemográficas y de enfermedad de

los pacientes (Becerra & Otero, 2013), únicamente en cuanto al tratamiento psicológico, variable que no fue analizada en el presente estudio. En el estudio realizado por Trigoso (2012), tampoco se encontraron diferencias en el bienestar en cuanto a la edad, el estado civil ni las variables de enfermedad y tratamiento de los pacientes, aunque sí halló diferencias en cuanto al nivel educativo, observando que aquellos que tenían estudios superiores presentaban niveles más altos en el bienestar en comparación a los que sólo tenían estudios de secundaria y primaria (Trigoso, 2012).

Hubiese sido interesante analizar si las diferencias según el nivel educativo se replicaban en este estudio, de igual manera, se esperaba encontrar diferencias en el bienestar en otras variables como presencia o no de pareja, movilización por tratamiento o personas con las que vive. En cuanto a la historia vincular, se hubiese esperado encontrar diferencias según la ciudad de origen, ya que las relaciones entre padres e hijos se pueden ver influenciadas por el contexto sociocultural; y posiblemente según el estado civil, puesto que otros estudios reportan diferencias en la historia vincular entre mujeres casadas y divorciadas (Asili & Pinzón, 2003). Es probable que no se hayan encontrado estas diferencias debido al número limitado de la muestra y a la homogeneidad de la misma.

Muchas investigaciones se han centrado en aquellos elementos que podrían ser determinantes o moduladores del bienestar, y entre ellos destacan los factores de personalidad, ya que estos condicionan el afrontamiento y, por ende, el bienestar (Harrington & Loffredo, 2001). La autoconfianza, la estabilidad emocional, la fortaleza y la autoestima pueden condicionar los niveles de bienestar en cualquier etapa del ciclo vital (DeNeve & Cooper, 1998), así como la autodeterminación y el sentido de competencia (Diener, Lucas, & Oishi, 2003). En ese sentido, parece ser que el bienestar depende en mayor medida de estos factores de personalidad, más que de características sociodemográficas o de la enfermedad misma.

Sin embargo, en el presente estudio sí se encontraron diferencias según el sexo de los participantes. Así, en primer lugar, se halló que las mujeres presentan mayores niveles de afecto negativo en comparación a los hombres. Una posible explicación para ello es que, debido a los roles tradicionales de género, se espera que las mujeres sean emocionalmente más expresivas que los hombres, y que estos no tiendan a manifestar sus emociones (Chaplin & Aldao, 2013). Siguiendo esta línea, otros autores sostienen que las conductas estoicas se atribuyen al género masculino, y que suele ser uno de los colectivos que expresa en menor medida sus emociones (Addis & Mahalik, 2003; Calderón et al., 2017). Por estos motivos, es

posible que los niveles de afecto negativo mayores en las mujeres, se deba a la resistencia de los hombres para expresar sus emociones.

En segundo lugar, también se hallaron niveles más elevados de control materno y paterno en las mujeres en comparación a los hombres. Esto replica lo hallado en otras investigaciones, como las de Domenech-Rodriguez et al. (2009), en donde también se hallaron niveles más elevados de control materno en el caso de las mujeres, así como niveles similares de cuidado en ambos sexos, de igual modo que en el presente estudio. En la investigación realizada por Updegraff y Umaña-Taylor (2015), también se encontraron mayores niveles de control materno en las mujeres. Mientras tanto, en los estudios de Azmitia y Brown (2012) y Gonzales (2018) se hallaron mayores niveles de control paterno en el mismo sexo.

En la investigación realizada por Olivo (2012), se encontraron mayores niveles de control materno y paterno en las hijas mujeres, y el autor señala que esta diferencia puede deberse al temor de los padres del involucramiento de sus hijas en conducta de riesgo, y a creencias distintas respecto a la crianza de hombres y mujeres, que podrían indicar que las mujeres son percibidas como más vulnerables y menos capaces de afrontar las dificultades. No obstante, otros autores sostienen que las hijas podrían tener una percepción de mayor control porque al madurar antes que los varones demandan una mayor libertad (Parra & Oliva, 2006).

De forma similar que en resultados anteriores, este podría deberse a los roles de género instaurados en nuestra sociedad, los que señalan que las hijas deben estar más protegidas y reguladas que los hijos (Azmitia & Brown, 2002; Updegraff & Umaña-Taylor, 2015) y como señala Gonzales (2018) también podría deberse a una percepción de mayor inseguridad para las hijas que para los hijos, lo que tiene sentido si se analizan las altas cifras de violencia contra la mujer en el contexto peruano. Según un informe estadístico del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, entre enero y septiembre del 2019 se han reportado 133 123 casos de violencia a través de los Centros Emergencia Mujer [CEM] de los cuales el 85% eran de mujeres (Ministerio de la Mujer, 2019). Bajo este panorama, es comprensible que los padres tiendan a proteger más a sus hijas mujeres.

Respecto a las limitaciones del presente estudio, en primer lugar, se quiso llevar a cabo la investigación en un hospital nacional especializado en enfermedades neoplásicas. Sin embargo, esto no pudo realizarse, por lo que se optó por recurrir a otras instituciones como los albergues. De haber podido realizar la aplicación en el hospital, se hubiera contado no solamente con una muestra más grande, sino también con el cotejo de los datos del paciente

por medio de la revisión de historias clínicas. Respecto al número de participantes, nuestro objetivo fue aspirar a un mínimo de 85 pacientes; no obstante, la población de los albergues era mucho menor que la del hospital, y el tiempo de aplicación fue corto, por lo que únicamente se pudo acceder a 57 pacientes. El número de nuestra muestra es una limitación importante del estudio, pues afecta la capacidad para determinar relaciones significativas, así como la confiabilidad de algunas escalas. Quizás si se hubiera podido tener acceso a más pacientes, se hubiesen encontrado más relaciones significativas.

Otra limitación al realizar la aplicación en los albergues, es que los participantes comparten características sociodemográficas muy similares, todos pertenecen a un sector socioeconómico bajo, la mayoría de ellos tienen un bajo nivel educativo y provienen de otra provincia del Perú. Todo ello impactaría en el diseño de estudios, pues es importante cierto grado de variabilidad o heterogeneidad para analizar las diferencias según estas variables. De haber contado con una muestra más variada, podrían haberse encontrado mayores resultados. Tanto el número como la homogeneidad de la muestra podría haber generado que no se encuentren diferencias significativas en las escalas de bienestar e historia vincular según la mayoría de variables sociodemográficas y de enfermedad.

Por otro lado, al hallar la correlación inversa y moderada del Ítem 3 con las escalas de control materno y paterno de historia vincular, se procedió a realizar una revisión del ítem en las distintas validaciones del cuestionario, así como en la versión original del mismo, y se encontró que la traducción al español de este ítem no coincidía con el original en inglés ("*Evitaba que yo saliera solo*" y "*Let me do those things I liked doing*"). De igual manera, se halló una correlación inversa pero pequeña entre el Ítem 13 y las escalas de control. Al igual que con el ítem 3, esto podría deberse a la traducción del inglés al español, puesto que el ítem original es "*Tended to baby me*" y en español "*Me mimaba*". Este ítem pertenece a la escala de control; sin embargo, la traducción parece corresponder más a la escala de cuidado, ya que denota afecto, y esto se reflejó en el estudio de Gonzales (2018) en el que todos los ítems cargaban en el factor esperado a excepción de este, que cargaba en cuidado. En ese sentido, se recomendaría que, al utilizar este instrumento en futuras investigaciones, se recurra a la versión original para luego realizar las adaptaciones necesarias.

Referencias Bibliográficas

- Ahn, J. y Lee, S. (2016). Peer Attachment, Perceived Parenting Style, Self-concept, and School Adjustments in Adolescents with Chronic Illness. *Asian Nursing Research* 10, 300-304.
- Arranz, E., Bellido, A., Manzano, A., Martín, J., y Olabarrieta, F. (2004). Contexto familiar y desarrollo psicológico durante la infancia. *Familia y desarrollo psicológico*.70-95.Madrid: Pearson Educación.
- Asili P. y Pinzón, B. (2003). Relación entre estilos parentales, estilos de apego y bienestar psicológico. *Psicología y Salud*, 13(2), 215-225.
- Azmitia, M. y Brown, J. R. (2002). Latino immigrant parents' beliefs about the "path of life" of their adolescent children. En J. M. Contreras, K. A. Kerns, & A. M. Neal-Barnett (Eds.), *Latino children and families in the United States* (pp. 77-106). Connecticut, Estados Unidos: Greenwood Publishing Group.
- Barber, B. (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child Development*, 67(6), 3296-3319.
- Barber, B., Stolz, H., Olsen, J., Collins, W. y Burchinal, M. (2005). Parental support, psychological control, and behavioral control: Assessing relevance across time, culture, and method. *Monograph of the Society for Research in Child Development*, 70(4) 1-147.
- Barnes, G. M. y Farrell, M. P. (1992). Parental support and control as predictors of adolescent drinking, delinquency, and related problem behaviors. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 763-776
- Barrantes, K. y Ureña, P. (2015). Bienestar psicológico y bienestar subjetivo en estudiantes universitarios costarricenses. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 17(1), 101-123.
- Baumrind, D (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907

- Bean, R., Barber, B., y Crane, D. (2006). Parental support, behavioral control, and psychological control among African American youth: The relationships to academic grades, delinquency, and depression. *Journal of Family Issues*, 27, 1335–1355.
- Bellver, A., Sánchez, J., Santaballa, A., Munarriz, B., Perez, J. y 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.
- Bloom, J. R., Stewart, S. L., Johnston, M., Banks, P. y Fobair, P. (2001). Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Social science & medicine*, 53(11), 1513-1524.
- Bowlby J. (2005). A secure base: Clinical applications of attachment theory. *The British Journal of Psychiatry*, 153(5), 721-721.
- Cassaretto, M. y Martínez, P. (2017). Validación de las escalas de bienestar, de florecimiento y afectividad. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 19-31.
- Casullo, M. (2002). *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*. Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M. y Fernández, M. (2005). *Los estilos de apego*. Buenos Aires: JVE Eds.
- Chaplin, T. y Aldao, A. (2013). Gender differences in emotion expression in children: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 139(4), 735.
- Chávez, S. (2011). Bienestar psicológico en practicantes de yoga (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Chirkov, V. y Ryan, R. (2001). Parent and teacher autonomy-support in Russian and US adolescents. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 32, 618–635.
- Cicero, V., Lo Coco, G., Gullo, S., y Lo Verso, G. (2009). The role of attachment dimensions and perceived social support in predicting adjustment to cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(10), 1045-1052.

- Clark, L., Beesley, H., Holcombe, C., y Salmon, P. (2011). The influence of childhood abuse and adult attachment style on clinical relationships in breast cancer care. *General hospital psychiatry*, 33(6), 579-586.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Second Edition*. Hillsdale, NJ: LEA.
- Cruzado, J. (2013). *Manual de Psicooncología: tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer*. Madrid: Pirámide.
- Darling, N. y Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487.
- Deci, E. y Ryan, R. (2000). The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- Del Valle, M., Hormaechea, F. y Urquijo, S. (2015). El bienestar psicológico: diferencias según sexo en estudiantes universitarios y diferencias con población general. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 7(3), 6-13.
- DeNeve, K. y Cooper, H. (1998). The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin* 124(2), 197-229.
- Diener, E. y Chan, M. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1-43.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Oishi, S. y Lucas, R. E. (2003). Personality, culture and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 403-425.
- Diener, E., Oishi, S. y Lucas, R. E. (2009). Subjective Well-Being: The Science of Happiness and Life Satisfaction. En C. Snyder y S. Lopez (Eds.), *Oxford Handbook of Positive Psychology* (pp. 187-194). New York: Oxford University Press.

- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S. y 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.
- Egert, J. (2000). Psychological well-being following breast cancer treatment. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60(8-B), 4219.
- Fivush, R., Brotman, M. A., Buckner, J. P. y Goodman, S. H. (2000). Gender differences in parent-child emotion narratives. *Sex Roles*, 42(3-4), 233-253.
- Fonagy, P y Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700.
- Fordyce, M. W. (1988). A Review of Research on the Happiness Measures: A Sixty Second Index of Happiness and Mental Health. *Social Indicators Research*, 20(4), 355-381.
- Frost, M., Suman, J., Rummans, A., Dose, M., Taylor, M., Novotny, P., ... y amp; Evans, E. (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.
- Fuentes, M. J., Motrico, E. y Bersabé, R. M. (2001). Diferencias entre padres y adolescentes en la percepción del estilo educativo parental: afecto y normas-exigencias. *Apuntes de Psicología*, 19, 235-249.
- Gaylord, N., Kitzmann, M. y Coleman, J. (2003). Parent and children's perceptions of parental behaviour: associations with children's psychological adjustment in the classroom. *Parenting: Science and Practice*. 3(1), 23-47.
- Gonzales, C. (2018). *Historia vincular y regulación emocional en adolescentes de 16 a 20 años* (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- González-Vigil, T. (2008). *Relación entre percepción del apoyo parental a la autonomía e involucramiento parental con ansiedad en púberes* (Tesis para optar al Título Profesional de Licenciado en Psicología). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Gray, M. y Steinberg, L. (1999). Unpacking authoritative parenting: Reassessing a multidimensional construct. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 574-587.

- Guil, R., Zayas, A., Gil-Olarte, P., Guerrero, C., González, S. y Mestre, J. (2016). Bienestar Psicológico, Optimismo y Resiliencia en Mujeres con Cáncer de Mama. *Psicooncología*, 13(1), 127-138.
- Harding, R., Beesley, H., Holcombe, C., Fisher, J., y Salmon, P. (2015). Are patient–nurse relationships in breast cancer linked to adult attachment style? *Journal of advanced nursing*, 71(10), 2305-2314.
- Harrington, R. y Loffredo, D. (2001). The relationship between life satisfaction, self-consciousness, and the Myers-Briggs type inventory dimensions. *Journal of Psychology*, 135(4), 439-450.
- Hervás, G. (2009). Psicología Positiva: Una Introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 66(23,3), 23-41.
- Holland, K. y Holahan, C. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and health*, 18(1), 15-29.
- Hulley, S., Cummings, S., Browner, W., Grady, D. y Newman, T. (2013). *Designing clinical research: an epidemiologic approach*. (4.ªed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hunter, J. J. y Maunder, R. G. (2001). Using attachment theory to understand illness behavior. *General hospital psychiatry*, 23(4), 177-182.
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2019). Casos nuevos de cáncer registrados en INEN, periodo 2009-2018. Recuperado de: <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/12/INEN-2009-2018.pdf>
- Joussemet, M., Koestner, R., Lekes, N., y Landry, R. (2005). A longitudinal study of the relationship of maternal autonomy support to children’s adjustment and achievement in school. *Journal of Personality*, 73, 1215–1235.
- Kelly, K., Slade, A., y Grienenberger, J. F. (2005). Maternal reflective functioning, mother–infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & human development*, 7(3), 299-311.

- Keyes, L., Shmotkin, D. y Ryff, C. (2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.
- Kline, R. (2012). *Assumptions in structural equation modeling*. En R. Hoyle (Ed.), *Handbook of structural equation modeling* (p. 111–125). The Guilford Press.
- Laible, D, y Carlo, G. (2004). The differential relations of maternal and paternal support and control to adolescent social competence, self-worth, and sympathy. *Journal of Adolescent Research*, 19(6), 759-782.
- Lamers, S., Bolier, L., Westerhof, G., Smit, F. y Bohlmeijer, E. (2012). The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(5), 538-547.
- Linden, W., Vodermaier, A., MacKenzie, R. y Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders* 141(2-3), 343-351.
- Love, J. A. y Buriel, R. (2007). Language brokering, autonomy, parent-child bonding, biculturalism, and depression a study of Mexican American adolescents from immigrant families. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 29(4), 472-491.
- Lyubomirsky, S. y Lepper, H. S. (1999). A Measure of Subjective Happiness: Preliminary Reliability and Construct Validation. *Social Indicators Research*, 46(2), 137-155.
- Lyubomirsky, S., King, L.A. y Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness lead to Success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.
- Melis, F., Dávila, M., Ormeño, V., Vera, V., Greppi, C. y Gloger, S. (2001). Estandarización del PBI (Parental Bonding Instrument), versión adaptada a la población entre 16 y 64 años del Gran Santiago. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 39(2), 132-139.
- Menhert, A., Brähler, E. y Faller, H. (2014). Four week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumour entities. *Journal of Clinical Oncology* 32, 3540-4355.
- Mestre, M., Samper, P., Tur, A. y Díez, I. (2001). Estilos de crianza y desarrollo prosocial de los hijos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54, 691-703.

- Mikulincer, M., Shaver, P., Cassidy, J., y Berant, E. (2009). Attachment-related defensive processes. *Attachment theory and research in clinical work with adults*, 293-327.
- Mikulincer, M. y Shaver, P. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: activation, psychodynamics and interpersonal process. *Advances in Experimental Social Psychology*, 35, 53-153.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2019). Violencia en cifras. Recuperado de: https://www.mimp.gob.pe/informe-estadistico-04-2019_PNCVFS-UGIGC
- Mitchell, A., Chan, M. y Bhatti, H. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, hematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology* 12(2), 160-174.
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., y Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16(2), 361-388
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Sessa, F. M., Avenevoli, S., y Essex, M. J. (2002). Measuring children's perceptions of psychological control: Developmental and conceptual considerations. En B.K. Barber (Ed.), *Intrusive parenting: How psychological control affects children and adolescents* (pp. 125-159). Washington, Estados Unidos: American Psychological Association
- National Cancer Institute. (2018). Depression (PDQ). Health Professional Version. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/feelings/depression-hp-pdq>
- Navea, A. y Tamayo, J. (2018). Características de la resiliencia familiar en pacientes oncológicos pediátricos: Una revisión sistemática. *Psicooncología*, 15(2), 203-216
- Niemiec, C., Lynch, M., Vansteenkiste, M., Bernstein, J., Deci, E. y Ryan, R. (2006). The antecedents and consequences of autonomous self-regulation for college: A self-determination theory perspective on socialization. *Journal of Adolescence*, 29, 761-775
- Oliva, A., Parra, A. y Arranz, E. (2008). Estilos relacionales parentales y ajuste adolescente. *Infancia y Aprendizaje*, 31(1), 93-106.

- Olivo, D. (2012). Ansiedad y estilos parentales en un grupo de adolescentes de Lima Metropolitana (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Cáncer. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Oshri, A., Sutton, T. E., Clay-Warner, J. y Miller, J. D. (2015). Child maltreatment types and risk behaviors: Associations with attachment style and emotion regulation dimensions. *Personality and Individual Differences*, 73, 127-133.
- Otero, S. y Becerra, I. (2013). Relación entre afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Pardo, F. (2010). Bienestar Psicológico y Ansiedad Rasgo-Estado en alumnos de MBA de Lima Metropolitana (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Parker, G. (2009). *Annotated Bibliography of the Parental Bonding Instrument (PBI) Research*. New South Wales: Black Dog Institute. http://www.blackdoginstitute.org.au/docs/PBI_AnnotatedBibliography.pdf
- Parker, G., Tupling, H. y Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52(1), 1-10. doi: 10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x
- Pietromonaco, P. R., Uchino, B., y DunkelSchetter, C. (2013). Close relationship processes and health: implications of attachment theory for health and disease. *Health Psychology*, 32(5), 499.
- Pineda, C., Castro, J. y Chaparro, R. (2018). Estudio psicométrico de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en adultos jóvenes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 16(1), 44-55.
- Pravettoni, G. y Gorini, A. (2011). A P5 Cancer Medicine Approach: Why personalized medicine cannot ignore psychology. *Journal of evaluation in Clinical Practice*, 17(4), 594-596.

- Ramos, W. (2018). Situación epidemiológica del cáncer de acuerdo a la vigilancia epidemiológica de cáncer basada en registros hospitalarios. Enero-diciembre 2017. *Boletín Epidemiológico del Perú*, 27(31), 703-705.
- Renzi, C., Perinel, G., Arnaboldi, P., Gandini, S., Vadilonga, V., Rotmensz, N., Tagini, A., Didier, F. y Pravettoni, G. (2017). Memories of paternal relations are associated with coping and defense mechanisms in breast cancer patients: an observational study. *BMC psychology*, 5(1), 37.
- Ringdal, G., Ringdal, K., Jordhey, M. y Kaasa, S. (2007). Does social support from family and friends works as a buffer against reactions to stressfull life events such as terminal cancer? *Palliative & Supportive Care* 5, 61-9.
- Robles, E., Oudhof, H. y Mercado, A. (2016). Validez y confiabilidad del instrumento de vínculo parental (Parental Bonding Instrument, PBI) en una muestra de varones mexicanos. *Psicogente*, 19(35), 14-24
- Roth, G., Assor, A., Niemiec, C., Ryan, R. y Deci, E. (2009). The emotional and academic consequences of parental conditional regard: Comparing conditional positive regard, conditional negative regard, and autonomy support as parenting practices. *Developmental Psychology*, 45, 1119–1142.
- Ryan, R. y Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68–78.
- Ryan, R. y Deci, E. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research and Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Rybak, T., Ali, J., Berlin, K., Klages, K., Banks, G. y Kamody, R. (2016) Patterns of family functioning and diabetes-specific conflict in relation to glycemic control and health-related quality of life among youth with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology* 17, 22-6.
- Ryff, C. y Singer, B. (2008). Know Thyself and Become What You Are: An Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39.
- Ryff, C. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-1.

- Ryff, C. y Keyes, L. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality & Social Psychology*, 69, 719-727.
- Salmon, P., Holcombe, C., Clark, L., Krespi, R., Fisher, J., y Hill, J. (2007). Relationships with clinical staff after a diagnosis of breast cancer are associated with patients experience of care and abuse in childhood. *Journal of psychosomatic research*, 63(3), 255-262.
- Schaefer, E. (1959). A circumplex model for maternal behavior. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59(2), 226-235. doi: 10.1037/h0041114
- Scheier, M. F., Carver, C. S. y Bridges, M. W. (1994). Distinguishing Optimism from Neuroticism (and Trait Anxiety, Self-Mastery, and Self-Esteem): A Re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- Schore, J., y Schore, A. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 9-20.
- Shaw, D., Keenan, K. y Vondra, J. (1994). Developmental precursors of externalizing behavior: ages 1 to 3. *Developmental Psychology*, 30, 355-364
- Smetana, J. G., Campione-Barr, N., y Metzger, A. (2006). Adolescent development in interpersonal and societal contexts. *Annual Review of Psychology*, 57, 255-284.
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., Lens, W., Luyckx, K., Goossens, L., Beyers, W., et al. (2007). Conceptualizing parental autonomy support: Adolescent perceptions of promotion of independence versus promotion of volitional functioning. *Developmental Psychology*, 43, 633-646.
- Tacón, A. (2002). Attachment and cancer: a conceptual integration. *Integrative cancer therapies*, 1(4), 371-381.
- Thompson, R., y Meyer, S. (2007). Socialization of emotion regulation in the family. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 249-268). Nueva York, Estados Unidos: The Guilford Press.
- Torío, S., Peña, J. e Inda, M. (2008). Estilos de educación familiar. *Psicothema*, 20 (1), 62-70.

- Torquati, J. y Vazsonyi, A. (1999) Attachment as an organizational construct for affect, appraisals, and coping of late adolescent females. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(5), 545-562.
- Trigoso, V. (2012). Ajuste mental al cáncer y Bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Updegraff, K., y Umaña-Taylor, A. (2015). What can we learn from the study of Mexican-origin families in the United States? *Family Process*, 54(2), 205-216.
- Valderrama, M., y Sánchez Pedraza, 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.
- Vazsonyi, A., Hibbert, J. y Snider, J. (2003). Exotic enterprise no more? Adolescent reports of family and parenting processes from youth in four countries. *Journal of Research on Adolescence*; 13, 129 – 160
- Watson, D., Clark, L. y Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Williams, K., Jackson, S., Beeken, R., Steptoe, A. y Wardle, J. (2016). The impact of a cancer diagnosis on health and well-being: a prospective, population-based study. *Psychooncology* 25(6), 626-632.
- Wood, J., McLeod, B., Sigman, M., Hwang, W., y Chu, B. (2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(1), 134-151.
- Yang, Y., Liu, L. y Wang, Y. (2013). The prevalence of depression and anxiety among Chinese adults with cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer* 13, 393.



APÉNDICES

APÉNDICE A

FICHA DE DATOS

HISTORIA CLÍNICA:

EDAD:

SEXO: F M

CIUDAD DE ORIGEN:

DIAGNÓSTICO:

ESTADIO CLÍNICO:

TIEMPO DE DIAGNÓSTICO: AÑOS MESES

TRATAMIENTO ACTUAL:

¿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 TÍOS SOLO/A ABUELOS
 PADRES SOBRINOS PAREJA PRIMOS

(* PUEDES MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN)

HERMANOS OTROS:

¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO Y/O PSIQUIÁTRICO? NO SI

¿RECIBE TRATAMIENTOS PALIATIVOS? NO SI

¿TIENE UN DIAGNÓSTICO DE CÁNCER PREVIO? NO SI

¿HA REAPARECIDO EL CÁNCER DESPUÉS DE UN TIEMPO? NO SI

¿PROFESA ALGUNA RELIGIÓN? NO SI

¿MIS CREENCIAS RELIGIOSAS ME AYUDAN A ENFRENTAR LOS PROBLEMAS QUE TENGO ACTUALMENTE? NO SI

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

¿CUÁL?

¿HACE CUANTO?

¿CUÁL?

¿CÓMO?

APÉNDICE B

Características sociodemográficas, de enfermedad y tratamiento médico de la muestra

	f	%		f	%
Sexo			Ciudad de Origen		
Mujeres	38	66.7%	Lima y Callao	15	26.3%
Hombres	19	33.3%	Provincias	42	73.7%
Nivel Educativo			Tiene pareja		
Ninguno	1	1.8%	Sí	26	45.6%
Primaria	9	15.8%	No	31	54.4%
Secundaria	16	28.1%	Tiene hijos		
Superior Técnica	17	29.8%	Sí	25	43.9%
Superior Universitaria	14	24.6%	No	32	56.1%
Movilización por tratamiento			Actualmente vive con:		
Sí	21	36.8%	Familia Nuclear	44	77.2%
No	36	63.2%	Familia Extensa	11	19.3%
Estado Civil			Otros	2	3.5%
Soltero/a	41	71.9%	Diagnóstico Oncológico		
Casado/a	8	14%	Leucemias	17	29.8%
Viudo/a	4	7%	Tumores sólidos	40	70.2%
Divorciado/a	4	7%	Tratamiento Actual		
Estadio Clínico			Quimioterapia y/o	30	52.6%
Desconocido	41	71.9%	Radioterapia	10	17.5%
Estadio I y II	7	12.3%	Control	17	29.8%
Estadio III	9	15.8%	Otros	17	29.8%

	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Edad	18	69	38.04	14.83
Tiempo de diagnóstico	4	204	36.05	43.07
Tiempo en Lima*	1	120	26.64	32.79
Cantidad de hijos	0	10	1.93	2.33

N = 57 (*) N = 36

APÉNDICE C

Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Item – Test Corregidas de Historia Vincular

Cuidado Materno $\alpha = .85$

	Correlación elemento total corregido	Alfa si se elimina elemento
Ítem 1	.65	.83
Ítem 5	.38	.85
Ítem 6	.68	.82
Ítem11	.62	.83
Ítem 12	.60	.83
Ítem 17	.49	.84
Ítem 2	.19	.86
Ítem 4	.59	.83
Ítem 14	.38	.85
Ítem 16	.44	.84
Ítem 18	.61	.83
Ítem 24	.62	.83

Control Materno

Conservando el ítem 3 $\alpha = .66$

Eliminando el ítem 3 $\alpha = .74$

	Correlación elemento total corregido	Alfa si se elimina elemento		Correlación elemento total corregido	Alfa si se elimina elemento
Ítem 8	.22	.65	Ítem 8	.22	.65
Ítem 9	.45	.61	Ítem 9	.45	.61
Ítem 10	.41	.62	Ítem 10	.41	.62
Ítem 13	-.17	.70	Ítem 13	-.17	.70
Ítem 19	.57	.59	Ítem 19	.57	.59
Ítem 20	.36	.63	Ítem 20	.36	.63
Ítem 23	.43	.62	Ítem 23	.43	.62
Ítem 3	-.42	.74	Ítem 7	.32	.63
Ítem 7	.32	.63	Ítem 15	.34	.63
Ítem 15	.34	.63	Ítem 21	.58	.59
Ítem 21	.58	.59	Ítem 22	.63	.58
Ítem 22	.63	.58	Ítem 25	.15	.66
Ítem 25	.15	.66			

Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Ítem – Test Corregidas de Historia Vincular

Cuidado Paterno $\alpha = .82$

	Correlación elemento total corregido	Alfa si se elimina elemento
Ítem 1	.61	.79
Ítem 5	.42	.81
Ítem 6	.69	.79
Ítem 11	.71	.78
Ítem 12	.63	.79
Ítem 17	.73	.78
Ítem 2	.16	.83
Ítem 4	.58	.80
Ítem 14	.25	.83
Ítem 16	.21	.82
Ítem 18	.46	.81
Ítem 24	.26	.82

Control Paterno

Conservando el ítem 3 $\alpha = .50$

Eliminando el ítem 3 $\alpha = .62$

	Correlación elemento total corregido	Alfa si se elimina elemento		Correlación elemento total corregido	Alfa si se elimina elemento
Ítem 8	.44	.41	Ítem 8	.47	.56
Ítem 9	.20	.47	Ítem 9	.30	.59
Ítem 10	.06	.51	Ítem 10	.09	.63
Ítem 13	-.04	.53	Ítem 13	-.02	.64
Ítem 19	.51	.40	Ítem 19	.50	.55
Ítem 20	.43	.42	Ítem 20	.51	.55
Ítem 23	.33	.44	Ítem 23	.44	.56
Ítem 3	-.35	.62	Ítem 7	.20	.61
Ítem 7	.23	.46	Ítem 15	.01	.65
Ítem 15	.07	.51	Ítem 21	.31	.59
Ítem 21	.27	.46	Ítem 22	.39	.57
Ítem 22	.34	.44	Ítem 25	.16	.62
Ítem 25	.20	.47			

APÉNDICE D

Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Item – Test Corregidas de Bienestar

Afectos Positivos $\alpha = .84$

	Correlación elemento total corregido	Alfa si se elimina elemento
Ítem 1	.66	.81
Ítem 3	.52	.83
Ítem 5	.62	.82
Ítem 7	.70	.80
Ítem 10	.65	.81
Ítem 12	.57	.83

Afectos Negativos $\alpha = .78$

	Correlación elemento total corregido	Alfa si se elimina elemento
Ítem 2	.67	.71
Ítem 4	.51	.75
Ítem 6	.55	.74
Ítem 8	.60	.73
Ítem 9	.33	.80
Ítem 11	.56	.74

FloreCIMIENTO $\alpha = .79$

	Correlación elemento total corregido	Alfa si se elimina elemento
Ítem 1	.58	.76
Ítem 2	.41	.79
Ítem 3	.52	.77
Ítem 4	.60	.75
Ítem 5	.59	.77
Ítem 6	.46	.78
Ítem 7	.53	.77
Ítem 8	.49	.78

APÉNDICE E

Consentimiento Informado

La presente investigación académica es conducida por Graciela Barreda Bryce y Joyce Amado Ramírez, estudiantes de psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú; quienes 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 15 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 15 minutos
- Puede hacer las preguntas que considere necesarias
- Puede dejar de participar en cualquier momento

.....
Firma del Participante

.....
Fecha

.....
Firma de la Investigadora

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@pucp.edu.pe o al número 6262000 anexo 4598.