Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas



Tesis de Grado

Estrategias de afrontamiento adaptativas en pacientes oncológicas y su relación con prácticas religioso/espirituales

Autor: Eliezer Esteban Varela
Tutor: Lic. Pablo Martin Rocha
Cotutora: Mag. Lic. María Susana Okutsu
Localización: Centro
Legajo: A0910061281

Título a obtener con la presentación de la tesis:

Licenciatura en Psicología.

Año 2022

INDICE

Agradecimientos……..... 3
Resumen……..... 4
Abstract…… 5
Introducción…… 6

CAPITULO 1: PRACTICAS ESPIRITUALES

1.1. Definición de espiritualidad…… …… 7
1.2. Religión y espiritualidad…….……..8
1.3. Psicología de la espiritualidad…….……..9
1.4. Espiritualidad: Impacto en la salud……..11
1.5. Espiritualidad frente a la enfermedad……..... 13

CAPITULO 2: AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

2.1. Afrontamiento al estrés 17
2.2. Afrontamiento al estrés en la enfermedad oncológica 20

CAPITULO 3: ESPIRITUALIDAD Y ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

3.1. Vínculos entre la espiritualidad y la enfermedad oncológica 25
3.2. Espiritualidad, cáncer y afrontamiento 27

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 30

RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN 31

METODO

Diseño metodológico
Objetivos/Hipótesis 32
Participantes..... 33
Instrumentos..... 34
Procedimiento.....36

RESULTADOS.....37

CONCLUSIONES..... 42

REFERENCIAS.....……..... 44

ANEXO 1: CUESTIONARIOS ….......64

ANEXO 2: GRÁFICOS.....73

“Si puedes curar, cura; si no puedes curar, alivia;
Si no puedes aliviar, consuela”

-Augusto Morri.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia incluyendo a los que ya no están, por su compañía y apoyo incondicional en todo este proceso de aprendizaje.

A mis compañeros y amigos, por saber entender mis ausencias y valorar mí esfuerzo.

A los tutores, Pablo Martin Rocha y Mag. María Susana Okutsu quienes me han acompañado paciente y comprensivamente en la realización de dicha tesis.

A esta entidad formadora y sus profesores, que me han dado la oportunidad de crecer como profesional y ser humano en estos años recorridos.

A las autoridades del Hospital Oncológico “María Curie” por haber facilitado los medios y el acceso a los pacientes.

RESUMEN

El objetivo general de esta tesis fue evaluar las estrategias de afrontamiento al estrés y su relación con el grado de religiosidad/espiritualidad en pacientes oncológicas. Se administró a una muestra compuesta por 100 pacientes oncológicas, todas mujeres, el *Cuestionario de Afrontamiento al Estrés* (CAEPO) y la *Escala Multidimensional de la Religiosidad y Espiritualidad* (MMRS). Casi la mitad profesaba el catolicismo y el 90% indicó ser "poco" a "muy espiritual". El 70% indicó padecer cáncer de pecho/mama (sólo el 30% padecía otros tipos de cáncer) y el tratamiento estaba mayoritariamente basado en quimioterapia. Los resultados mostraron que aquellas pacientes oncológicas que muestran un alto índice de creencias y prácticas asociadas a su religión tienden a afrontar el estrés/depresión asociados a su enfermedad con lucha activa, mantiene mayor control emocional y busca de apoyo social (estrategias adaptativas), sobretodo en el contexto religioso. En otras palabras, las pacientes con estrategias adaptativas se muestran más empáticas con las experiencias espirituales cotidiana, en términos de una "conexión" del paciente con un ser superior o divino sostener su confianza en la presencia de valores religiosos y creencias, la práctica privada a través de la oración y la lectura de literatura religiosa, así como su compromiso en la participación pública de actividades religiosas. Sus prácticas religiosas estaban predominantemente asociadas al grupo "cristiano no-denominacional" (integrado particularmente por evangelistas o cristianos no católicos), probablemente cuya disciplina y observación en sus prácticas religiosas es más "rigurosa" que otros cultos (como el catolicismo), lo cual podría caracterizar la alta espiritualidad de los pacientes.

ADAPTIVE COPING STRATEGIES IN CANCER PATIENTS AND THEIR RELATIONSHIP WITH RELIGIOUS/SPIRITUAL PRACTICES

Abstract.- The general aim of this study was to evaluate stress coping strategies and their relationship with the degree of religiosity/spirituality in cancer patients. A sample composed of 100 cancer patients, all women, was administered the *Stress Coping Questionnaire* (Spanish version CAEPO) and the *Multidimensional and Spirituality Religiosity Scale* (MSRS). Almost half professed Catholicism and 90% indicated that they were "somewhat" to "very spiritual". 70% indicated they had breast cancer (only 30% had other types of cancer) and the treatment was mainly based on chemotherapy. The results showed that those oncology patients who show a high index of beliefs and practices associated with their religion tend to face the stress/depression associated with their disease with active struggle, maintain greater emotional control and seek social support (adaptive strategies), especially in the religious context. In other words, patients with adaptive strategies are more empathic with daily spiritual experiences, in terms of a "connection" of the patient with a superior or divine being, sustaining their trust in the presence of religious values and beliefs, private practice to through prayer and the reading of religious literature as well as their engagement in public participation in religious activities. Their religious practices were predominantly associated with the "non-denominational Christian" group (particularly made up of evangelists or non-

Catholic Christians), probably whose discipline and observance of their religious practices is more "rigorous" than other cults (such as Catholicism), which could characterize the high spirituality of the patients.

INTRODUCCION

El motor que impulsa este estudio es la falta de investigaciones que giran en torno a este tópico, ya que el interés está situado en evaluar las estrategias de afrontamiento en pacientes diagnosticados con cáncer, teniendo en cuenta las investigaciones que tienen este fin, pero esto no sucede con la espiritualidad en este contexto ya que no hay un historial de este tipo de estudiosa pesar de la importancia cultural otorgada a la espiritualidad y la religión en América Latina. En este marco, se recurrirá a pacientes mujeres con cáncer, indagando sobre las características socio-demográficas de las participantes junto con aspectos relacionados a la enfermedad, es decir, que tipo de cáncer poseen y qué tratamiento realizan, como así también su identidad religiosa.

Las prácticas espirituales en el proceso de la enfermedad oncológica como estrategia de afrontamiento al estrés pueden entenderse como los esfuerzos cognitivos que desarrolla una persona para controlar las demandas internas o externas que pueden ser adaptativas donde la espiritualidad, que se define como la búsqueda de sentido o significado, juegan un papel importante como forma para afrontar el estrés frente a la enfermedad. El diagnostico de una enfermedad y su tratamiento, así como todo lo inherente a esto se puede vivir como una experiencia estresante. Por tal motivo el paciente despliega cierto tipo de estrategias y la espiritualidad en este proceso funcionaria como un recurso adaptativo positivo.

A fin de conocer la relación que guardan las estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicas con la espiritualidad, el objetivo de este estudio es evaluar las estrategias de afrontamiento al estrés y el nivel de espiritualidad, teniendo en cuenta las características socio-demográficas y clínicas. Se intentará vincular el tipo de estrategia utilizada, positiva o negativa con el nivel de espiritualidad.

Esperamos que el presente estudio sea valioso para médicos, psicólogos clínicos y otros profesionales de la salud mental, así como también para representantes de otros cultos y religiosos.

CAPITULO 1: PRACTICAS ESPIRITUALES

1.1. Definición de espiritualidad

La palabra espiritualidad tiene su origen en el occidente cristiano a comienzos del primer milenio, a partir de la palabra latina *spiritualitas*, que proviene de *spiritus*, que significa espíritu y spiritual, que se traduce como espiritual (Príncipe, 1983; Irurzun, Mezzadra & Preuss, 2017). Estrada (1992) define a la espiritualidad como la vida según el Espíritu, es decir, la forma de vida que se deja guiar por el espíritu de Cristo, mientras que en 2001 el *Diccionario de la Real Academia Española* define a la espiritualidad comola naturaleza y condición espiritual, conjunto de ideas que hacen referencia a la vida espiritual, cualidad de las cosas espiritualizadas o reducidas a la condición eclesiásticas y por último como obra o cosa espiritual (Estrada, 1992; Diccionario de la real Academia Española, 2001).

Otra definición es la que plantea Tanyi (2002) para quien la espiritualidad es una energía que motiva al ser y que se hace visible a través de las creencias o valores de cada persona, y que hace al ser de ese individuo en la búsqueda del sentido (Galvis & Pérez, 2011). En función de esto, es que se plantea que la espiritualidad no se limita a creencias o prácticas en particular (Jiménez, 2005). Es por eso que se plantea que la espiritualidad está presente en todos los conductas y relaciones, y el contacto con la misma es totalmente subjetivo ya que surge de la experiencia de cada uno, así como también se postula que es en ella que se puede encontrar a algo o alguien superior (Galviz & Pérez, 2011; Franco &Ortiz, 2019).

Las definiciones de espiritualidad que se encuentran por fuera de lo que es el ámbito religioso, tienen en común la idea de la búsqueda del sentido, es por eso que Breitbar (2002) plantea que esta implica la certeza de cumplir con una función en la vida, lo que a su vez implica el hacer uso del potencial propio para encontrar plenitud y trascendencia a través del vínculo con lo trascendental (Urrego, Sierra &Sánchez, 2015).

En el ámbito cristiano, se hace referencia a la espiritualidad como una forma concreta, movida por el Espíritu, de vivir el Evangelio (Gutiérrez, 1990), y bajo esta misma línea de pensamiento se plantea a la espiritualidad como sinónimo de vivir bajo la acción del Espíritu (Gamarra, 1994).Otra definición del término, que escapa del cristianismo, es la que define a la espiritualidad como la dimensión dinámica de la vida humana que se relaciona con el modo en que las personas experimentan, expresan y/o buscan significado, propósito y trascendencia y el modo de conectarse con el momento, el yo, los otros, la naturaleza, lo significativo y/o sacro (European Association for Palliative Care, 2011; Reyes, et al., 2017).

Sessana, Finnell y Jezewski (2007) analizaron el término y encontraron cuatro acepciones que involucra a todas las definiciones anteriormente dichas; la primer acepción es la de espiritualidad como sistema religioso de creencias y valores, que implica la concepción de la espiritualidad en relación a pertenecer a una comunidad religiosa; la segunda acepción vincula a la espiritualidad con el sentido de la vida,

propósito y conexión con los demás lo que hace referencia a atributos como el sentido de la vida, de la enfermedad, de la muerte, la conexión con uno, con otros, e incluso Dios; la tercera acepción comprende a la espiritualidad como un sistema de valores y creencias no religiosas, lo que involucra al hombre anti-religión y al religioso pero que no sigue la tradición religiosa; en esta concepción del término se involucran las creencias y practicas relacionadas a la búsqueda del sentido de la vida y que a su vez pueden o no estar vinculadas con la religiosidad; por último, la cuarta acepción entiende a la espiritualidad como un fenómeno metafísico que implica los pensamientos vinculados con la trascendencia, lo sobrenatural o transpersonal (Guirao, 2013).

Con respecto a la espiritualidad como experiencia, Cook (2004) hace referencia a tres orientaciones que define como intrapersonal, interpersonal y transpersonal, la primera está vinculada con la comunicación con uno mismo, esta orientación está relacionada con la propia valoración, aprobación, y el amor hacia uno; la segunda orientación nombrada implica el entendimiento del otro, el aceptar y admirar las características de terceros, y la tercera orientación que es la transpersonal, en la cual la orientación va más allá de uno, de los otros e incluso de lo que se considera material, se trata de tener contacto con lo divino, la naturaleza, los ancestros, así como con la vida misma (Rivera, Montero & Zavala, 2014).

King (2014), define a la espiritualidad en base a cuatro factores: creencia, que se vincula al pensamiento de un mundo que va más allá de lo material; como practica espiritual; como conciencia haciendo referencia a el impacto emocional e intelectual y como experiencia, que implica la pérdida de una mente con límites, ya que se produce una orientación de uno mismo hacia Dios, los otros e incluso un mundo que va más allá de lo material como se dijo anteriormente (Gallego, et al., 2016).

1.2. Espiritualidad y Religión

La espiritualidad refiere a una experiencia individual mientras que la religión a una experiencia social, esto significa que existe un grupo que posee creencias, valores, doctrinas y ritos que los distinguen de otros (Gallardo, Cuadra &Veloso, 2018), la religión se asocia a un hábito y al dogma (Koenig, 2004; Mille&Thoresen, 2003). También en el pasado se pensaba que la espiritualidad era una experiencia que vivían solo aquellas personas que practicaban una religión, pero actualmente la espiritualidad está compuesta por cuestiones religiosas y seculares, lo que hace que las personas puedan verse identificadas como religiosas o espirituales, como espirituales y religiosas o seculares (Koenig, 2008; González, 2017).

Otra definición de dichos términos que permite comprender mejor la diferencia, es la espiritualidad como la búsqueda que lleva a entender las respuestas a las últimas preguntas sobre la vida, su significado y la relación con lo sagrado o trascendente que puede conducir o no al desarrollo de rituales religiosos que llevan a la formación de una comunidad (Koenig, McCullough, &Larson, 2001). A pesar de lo dicho anteriormente, Zinnbauer (1997) luego de realizar una revisión de los mismos, obtuvo como resultado que ambos conceptos se superponen y debido a una falta de acuerdo es que cada autor

que forme parte de un trabajo de investigación delimita la definición (Barboza &Forero, 2011); por ejemplo en relación a la superposición, para Frankl (2003) "ser religioso significa plantearse apasionadamente la pregunta del sentido de nuestra existencia" (p.114), esta definición demuestra la dificultad para establecer los limistes entre ambos términos (Gimeno, 2020).

Estos conceptos han cambiado en el tiempo, lo que hace que haya tres modelos comprensivos de los mismos, el primero denominado de comprensión tradicional-histórica que considera a la espiritualidad como un subconjunto de la religiosidad; luego se encuentra el modelo de comprensión moderna que concibe a la religiosidad como un subconjunto de la espiritualidad y por último, el modelo de comprensión moderno-tautológico, que tiene en cuenta aspectos de la salud y el bienestar en el términoespiritualidad (Monod, Brennan, Rochat, Martin & Büla, 2011; Koenig, 2008; Sieverson, Evans, Florenzano & Fernández, 2016).

Continuando con el concepto de religión, Ferrater (1975) postula dos interpretaciones de dicho concepto, la primera deriva de religare que involucra a la subordinación o relación con una divinidad, mientras que la segunda interpretación es a partir de la palabra *religiosus*, que implica ser escrupuloso al llevar a cabo las obligaciones impuestas por los dioses (Rivera, Montero & Zavala, 2014), Heit-Hallahmi y Argyle (1997) postulan que la religión se divide en varias dimensiones, por un lado, la parte cognitiva, por otro la comportamental y, por último, la afectiva, la primera hace referencia a las creencias religiosas en sí, la segunda comportamiento y rituales de orden religioso y la tercera se vincula con la relación que existe entre la persona y la trascendencia. Además, la religión puede presentarse en dos formas diferentes, primero Allport (1950) planteaba que estas formas eran, la religión madura que está marcada por una mente abierta, y la inmadura que hace referencia a los estereotipos negativos que giran en torno a la religión, pero luego estas denominaciones cambian a religión extrínseca que implica la asistencia a la iglesia únicamente para tener un status social y la intrínseca que es la religión devota y genuina (Quinceno &Vinnacia, 2009).

Es relevante expresar que ambos términos son una dimensión común al hombre. Esto puede considerarse así porque 4 billones de personas en el mundo se sienten identificadas con un grupo religioso, también el 93% de la población estadounidense manifiesta su creencia hacia Dios, mientras que entre el 30 y 42% de los adultos expresan que asisten a servicios religiosos, y por último el 85%señala que la religión es importante en su vida, a pesar de lo anteriormente dicho en muy pocos casos clínicos es que se los considera como factores de relevancia dentro de una investigación, como si no tuvieran efecto en la salud mental y bienestar de una persona (Rodríguez, 2011).

Otros datos que permiten dar cuenta de la relevancia de la práctica religiosa/ espiritual son los siguientes: en 2004 en Gran Bretaña el 67% de la población afirmaba creer en Dios o en algo de orden superior y, por otro lado, el 90% de la población del mundo se ve relacionada con alguna forma de práctica religiosa (King, 2014; Koenig, 2009; Gallego et al., 2016).

1.3. Psicología de la Espiritualidad

En las últimas décadas, se han publicado investigaciones médicas y psicológicas que giran en torno a la espiritualidad, religión y salud, lo cual posibilitó que se incorporara el estudio de la espiritualidad, surgiendo así el término de "Psicología de la Religión y Espiritualidad." Dicha psicología podría definirse como la rama de la psicología que engloba las manifestaciones psicológicas que están relacionadas a la práctica religiosa (Font, 1999; Fuentes, 2018). Según Yoffe (2007) este término hace referencia a las experiencias y formas de participación religiosa, creencias y prácticas espiritual-religiosas, el afrontamiento religioso, la conversión y la fe (ver también Quinceno &Vinnaccia, 2009).

La relación que guarda la Psicología junto con la espiritualidad tiene su origen en la Filosofía, disciplina que significa ciencia del alma y es que este concepto se encuentra en la metafísica de Aristóteles para quien la investigación de los fenómenos de índole psíquicos se encuentra ligados al estudio del alma y de esta forma se introduce a la temática de la vida ya que para dicho filosofo tener alma implica tener vida (Hirschberger, 1991).

Quien define el campo de la psicología de la religión fue William James , quien entre 1901 y 1902 brindo conferencias que se publicaron en el año 2002 en el libro Las Variedades de la Experiencia Religiosa, en dichas conferencias da origen a el paradigma que gira en torno a la eficacia de las prácticas de tipo espiritual en la clínica y también fue quien se encargó de diferenciar dos tipos de religión, la religión personal y la institucional, la primera es entendida como la forma en la que un sujeto vive una fuerza metafísica y la segunda tiene como marco una institución con jerarquías y practicas determinadas; actualmente la religión personal se llama espiritualidad y es correcto hablar de espiritualidad y no de religión porque no toda experiencia espiritual se da en un contexto de una institución religiosa.

Un concepto de relevancia dentro de este campo, es el de afrontamiento religioso, Pargament (1997), plantea que es un proceso que pone a la religión como el foco central en el desarrollo de estrategias de resolución de conflictos y en relación a esto es que otros autores (Bryant, et.al. 2013; Lee & Nezu, 2014; Rosmarin, Bigda, Öngur, Pargament, &Bjorgvinsson, 2013; Vallurupalli et al., 2012) llegan a la conclusión, luego de diversas investigaciones, que el vínculo con Dios hace que la persona se sobreponga a situaciones de estrés con más facilidad que aquellas que tiene conflicto con su comunidad religiosa o Dios. En función de esto, Pargament, Smith, Koenig y Perez (1998) plantean que el afrontamiento religioso lleva a la persona hacia un tipo productivo de afrontamiento, que se basa en la ayuda religiosa, la búsqueda de miembros de la iglesia y la búsqueda de apoyo espiritual, entre otros, mientras que el afrontamiento no religioso genera peores parámetros de salud, basándose, por ejemplo, en la reapreciación de Dios y el descontento espiritual (Rivera&Montero, 2007).

Pargament (2007)señala que el afrontamiento activo le permite a los individuos, buscar significado existencial para ciertas situaciones estresantes de la vida, construir o reconstruir los eventos o problemas de la vida en términos de significado, aportar un sistema de orientación existencial a los procesos de afrontamiento, trasladar el sistema de orientación en métodos específicos de afrontamiento, buscar significado en el proceso de afrontamiento a través de mecanismos de conservación y transformación de significado de los acontecimientos vitales, tratar de solucionar los problemas mediante diversas formas que son convincentes para ellos, resolver los problemas a través de mecanismos que están insertados en su sistema de cultura (González, 2004, p. 20).

A pesar de que en función de lo dicho anteriormente es indudable el rol de la espiritualidad en el hombre, durante décadas se ha negado el estudiar temas relacionados a la espiritualidad y la religiosidad en el campo de la psicología y Florenzano (2010), postula que esto se debe a las confusiones sobre estos tópicos, ya que la religión se vincula con el dogma y la intolerancia (Salgado, 2014). También esto puede deberse a que durante cientos de años diferentes pensadores apuntaron en contra de la religión, por ejemplo, Nietzsche hizo referencia a la muerte de Dios, Marx considero a la religión como un calmante de los dominados, e incluso con la ilustración y la modernidad se dio lugar a pensamientos anticristianos (Smith, 2007, Uresti, Ramírez &Caballero, 2011).

Pargament (1997) postula que el afrontamiento religioso, tiene tres estilos, el primero es autodirigido que implica tener más confianza en uno que en Dios para solucionar una situación, el segundo es *evitativo*, que implica responsabilizar a Dios de los actos, y por último el *colaborativo*, donde el proceso de afrontamiento involucra al hombre y a Dios (Quinceno & Vinnaccia, 2009). En función de lo dicho anteriormente se puede pensar que la religión es útil en términos psicológicos porque les da a los sujetos el soporte que necesitan frente a la desgracia (Nelson,2013).

Desde el modelo cognitivo-conductual, Lenoir (2005) define a la espiritualidad como una experiencia personal, que abarca elementos religiosos, mágicos, seculares para así lograr una armonización con uno y con el mundo, la entiende como la manera en la que la persona experimenta su vida en la búsqueda de su sentido (Fuentes, 2018). Los psicólogos de la denominada Psicología Positiva, no hacen una distinción entre la religiosidad y la espiritualidad, sino que ambas son pensadas como un conjunto de creencias y prácticas que tiene como fundamento la convicción de que hay una dimensión no física de la vida y describen a estas creencias como persuasivas, abarcadoras, estables, además postulan que las mismas dan información sobre las personas, esta información gira en torno a cómo construyen el significado, como realizan atribuciones e incluso cómo interactúan con otros (Peterson & Seligman, 2004; Fuentes, 2018).

En relación a la psicología analítica, Jung (1933/2008) manifestó que una psicoterapia que carece de un trasfondo espiritual, no permite comprender y explicar la naturaleza del hombre (Gallego et al., 2016). Además, Jung (1933), junto con otros autores, James (1890/2002), Allport (1950), Fromm (1980), coincidenen que la dimensión espiritual y

la dimensión religiosa son parte del hombre (Rivera, Montero &Zavala, 2014). Desde la perspectiva holística biopsicosocial, Koenig (2010), plantea una definición de la espiritualidad, que está relacionada a lo sobrenatural y a la religión, pero a su vez va más allá de la religión. Este concepto hace referencia a la búsqueda de lo trascendente, que a su vez implica un camino que va desde el descreimiento al cuestionamiento y luego a la creencia, la devolución y la entrega (Fuentes, 2018).

Por último, como una referente del enfoque psicodinámico, Schreurs (2004) postula que la espiritualidad es una variable de mayor relevancia en relación a la religión en lo que refiere a la psicoterapia, porque involucra a las relaciones personales del paciente, independientemente de si la trascendencia es la preocupación central o no en su vida. Además, la autora agrega que las personas sienten la espiritualidad y la religión por lo que deben ser comprendidos y respetados en este campo (Fuentes, 2018).

1.4. Espiritualidad: Impacto en la salud

González (2017) brinda una lista a tener en cuenta para considerar la inclusión de la espiritualidad en campo de los profesionales de la salud mental, compuesta por 6 razones: la primera hace referencia ala espiritualidad como una dimensión relevante para los pacientes (Sperry, 2012), la segunda postula que los asuntos de este tipo pueden generan preocupación o dificultad (Exline, 2013; Exline, Rose, 2013; Pargament, 2007), la tercera plantea que algunos pacientes prefieren ser parte de una terapia con un psicólogo que integre a la espiritualidad, la cuarta manifiesta que es un recurso de afrontamiento y fortaleza interior (Paloutzian, 2017; Pargament, 2007; Roque, 2016), la cuarta que los pacientes tienen deseo de discutir sobre asuntos religiosos en su terapia (Post &Wade, 2009) y la quinta que existen estudios que validan la conexión entre espiritualidad y bienestar (Koenig, 2012; González, 2016).

También respecto a la consideración de estas cuestiones en la práctica, Koenig y Pritchett(1998) manifiestan que el incluir los asuntos religiosos o espirituales le permite al psicólogo entender el conflicto psíquico de su cliente, diseñar intervenciones que guarden relación con su visión del mundo e identificar los recursos de orden religioso que ayudarían a la relación paciente-terapeuta. En relación a las intervenciones que tienen en cuenta estos asuntos, las mismas alcanzan una gran cantidad de problemas clínicos, como ansiedad generalizada (Azhar, Varma &Dharap, 1994), trastorno obsesivo compulsivo (Gangdev, 1998), adicciones (Avants, Beitel &Margolin, 2005), esquizofrenia (Wahass &Kent, 1997), pacientes con cáncer (Cole, 2005), abuso sexual (Murray &Pargament, 2005), depresión (Propst et al., 1992; Azhar, Varma, 1995), trastorno de la alimentación (Richards, Bennett, Hardamn &Eggett, 2006; Schinelli, Korman, 2012).

Cohen (2015) planteo como una de las razones que la religión es de relevancia para el juicio moral, también que influye en las relaciones con otros, forja el autoconcepto y por último postula que su inclusión en este campo permite considerar la manera en que la cultura influye de manera compleja en la psicología de las personas. Scharrón del Río (2010) manifestó que es relevante considerar lo espiritual en la actividad del psicólogo

para que las intervenciones sean coherentes con la realidad del paciente y para entender de forma completa la dinámica interpersonal lo cual puede facilitar la comunicación de los objetivos de la terapia y generar cambios (Gimeno, 2020).

Shafranske y Maloney (1990) se interesaron por el lugar de la religión en el campo de la clínica, y fue por ello que entrevistaron a 409 psicólogos que formaban parte de la Asociación Americana de Psicología y obtuvieron la siguiente información: el 55% considera que no es apropiado hacer uso de las escrituras en terapia y el 68% que es inapropiado orar con el paciente, además el 24% había orado por sus pacientes y el 7% lo había hecho con ellos, por último, el 56% utiliza conceptos religiosos en la psicoterapia, el 36% recomienda la religión y el 32% recomiendo libros de índole espiritual o religiosa (Rivera &Montero, 2007).

Para Osler (1910) la fe tiene una función positiva en la práctica de la medicina y es a partir de él, que se llevaron a cabo diversos trabajos que hacen foco en el poder de la religiosidad/ espiritualidad en lo que refiere a la salud y el tratamiento de patologías, específicamente Stefanek, McDonald, Hess (2005) descubrieron que entre 1993 y 2002 ha habido un aumento del 600% en lo que respecta a investigaciones científicas de este tipo (Valiente, 2013); como ejemplo de esta clase de estudios, se encontró que con la presencia de la religiosidad/espiritualidad existe un menor porcentaje de complicaciones y tiempo de internación hospitalaria, una rápida mejoría en las cirugías cardíacas (Contrada et al., 2004); operaciones de cadera (Pressman, Lyons, Larson &Strain, 1990); e intervenciones de columna vertebral (Hodges, Humphreys &Eck, 2002, Valiente, 2013).

En lo que refiere a la salud mental, asistir a prácticas religiosas amortigua los efectos del estrés (Williams, Larson, Buckler, Heckmann, &Pyle, 1991). Se demostró que la espiritualidad se ve asociada de forma positiva al bienestar y la satisfacción (Markides, Levin, Ray, 1987; Valiente &García, 2010; Krause, 2003; Valiente, 2013), así como también se encontró que la meditación y la oración, disminuyen los niveles de cortisol y norepinefrina, haciendo que a su vez disminuya la sensación de estrés (Brown &Gerbarg, 2005). En cuanto a laoración, se puede comprender la expresión de gratitud, petición o alabanza a un Ser Superior, mientras que la meditación es la elevación del corazón y la mente hacia lo trascendente, sin involucrarse con un Ser Superior; para llevarla a cabo se recurre a diversas técnicas como la respiración o posiciones corporales, entre otras (Girard, 2007).

Si bien en un primer momento su práctica estaba vinculada a lo espiritual/religioso, hoy no es del todo así, ya que se introducen conceptos como la transformación personal, iluminación, experiencia transpersonal, etc. en su finalidad (Pérez de Alberniz & Holmes, 2010). Actualmente su práctica ha tenido un mayor número de adeptos, específicamente, Deur (2004) postula que se trata de 10 millones de estadounidenses y cientos de millones en todo el mundo, también se ha adaptado a la forma de vivir occidental y ha pasado a ser una estrategia terapéutica complementaria para el tratamiento de diversas afecciones (Valiente, 2013).

En relación a la oración, la meditación, y técnicas de imaginería, se plantea que son parte del trabajo de buscar el significado y el propósito de la vida, el autoconocimiento, y el hacer contacto con uno mismo, aspectos que conceptualizan la definición de espiritualidad (Quinceno & Vinaccia, 2008). Otros datos obtenidos en referencia a la espiritualidad que giran en torno a la depresión, y sumándose la ansiedad, son los expuestos por Johnson et al. (2011), quien encontró que a mayor bienestar espiritual menos síntomas de las patologías a las que se hizo referencia (Urrego, Sierra &Sánchez, 2015).

De esta forma, un aspecto a tener en cuenta en referencia a la espiritualidad, es que la oración tiene un efecto sobre el cuerpo y por lo tanto sobre la salud. Benson y Klipper (2000)postulan que la oración produce relajación, combatiendo el estrés, promoviendo la calma y la sanación, este autor ha observado a través de resonancias magnéticas que se producen cambios de índole físicos cuando una persona está meditando, en cuanto a estos cambios físicos, se genera gran actividad en el lóbulo temporal y parietal, los cuales se encargan de la orientación y la diferenciación entre uno mismo y el mismo, por otra parte el sistema límbico, el cual se encarga de las emociones se libera, y todo esto contribuye como se dijo anteriormente a la relajación del cuerpo (Navas &Villegas, 2006).

Una investigación que hace foco en la salud mental y el impacto que puede generar una técnica como es la meditación sobre ella, es la llevada a cabo por Moritz et al. (2006), quien evaluó la eficacia de un programa espiritual haciendo hincapié en los problemas de índole afectiva en pacientes con estrés y esto lo hace evaluando los siguientes estados de ánimo: odio-hostilidad-angustia, vigor-actividad, depresión-melancolía, tensión-ansiedad, fatiga-inercia, y por último, confusión-desconcierto, haciendo una comparación con un grupo control que no realizó ningún tipo de práctica de respiración y meditación. Este estudio arrojó como resultado la conclusión de que las prácticas llevadas a cabo por el grupo espiritual mejoraron el estado de ánimo de los participantes (Quinceno & Vinaccia, 2008).

Flannelly, Ellison, Strock (2004) postulan que la religión puede tener un efecto negativo en la salud, estos efectos tiene relación con el afrontamiento religioso, si la persona lleva a cabo un afrontamiento pasivo, por ejemplo si cede su responsabilidad de los conflictos a un ser divino, si presenta sentimientos de abandono por ese ser, si cree que los problemas que presenta se deben a un castigo, y si el sujeto está enojado con Dios; todas estas conductas se relación con la depresión, la ansiedad, con el riesgo de muerte y una difícil recuperación en las fracturas óseas, a su vez la duda religiosa también puede influir de forma negativa por la pérdida de una fuente que brinda certeza haciendo que se eleve la fragilidad de una persona frente a vivencias estresantes.

1.5. Espiritualidad frente a la Enfermedad

Hodge y Horvath (2011)señalaron las necesidades de pacientes de centros de salud que fueron parte de once investigaciones, las mismas giraban en torno a la necesidad de entender la razón de la muerte o la afección, la necesidad de cumplir con deberes

religiosos, de desarrollan actividades espirituales como orar o leer literatura religiosa, vincularse con personas que compartan la fe, preguntar, culpar o armonizar la relación con Dios, y por último, vincularse de forma amable con el personal de salud esperando su apoyo, información sobre el tratamiento y lugar para tomar decisiones en el mismo (Rivera, Montero, &Zavala, 2014).Jenckes (2001) y Astin, Harkness y Ernst (2000) plantearon que la espiritualidad es una fuente de fortaleza que promueve la calidad de vida y la adaptación a la enfermedad (Navas &Villegas, 2006).

Además, en referencia a dicha adaptación, se plantea que incluso una persona que no es religiosa, en momentos de enfermedad puede llegar a serlo, al sentir que pierde el control (Koenig, George &Siegler, 1988; Quinceno & Vinaccia, 2008), vinculada a esta idea Antonovsky (1981), postula que una de las razones que hace que una persona asuma una religión, es la de tener la salud amenazada, no sólo la propia sino también la salud de una persona relevante en su vida (González, 2004). En esta misma línea de ideas, se postula que, si bien las prácticas religiosas no se vinculan solo para los momentos difíciles, se plantea que, frente a estas situaciones, los mecanismos religiosos ayudarían a las personas (Pargament &Brant, 1988, Yoffe, 2007). Esto se puede entender a partir de lo que plantean Benito, Barbero, Dones (2015), para quienes el hombre puede presentar carencias que producen necesidades, lo que explica la acción de recurrir a la espiritualidad frente a la finitud de la vida.

Beca (2008), considera que todas las personas sean creyentes o no, tienen espiritualidad o algún tipo de necesidad espiritual, y que, frente a situaciones de crisis, como puede ser una enfermedad que amenaza su vida, se generan interrogantes de causas y sentidos, miedos, el hacer balances, entre otros (Salgado, 2014). En relación a las necesidades espirituales nombradas, Rudilla, Oliver, Galiana, Barreto (2015) planteanque, si las mismas son consideradas y trabajadas de forma correcta, colaboran en la búsqueda del sentido de las personas, también ayudan a sostener la esperanza y asumir la muerte (Antayhua &Meneses, 2015).

Si bien la espiritualidad provee de sostén a las personas que atraviesan una situación que puede ser considera amenazante o adversa, también hay que considerar que, frente a estas situaciones, la espiritualidad/ religiosidad puede producir rabia, confusión e incluso el cuestionamiento de las creencias sobre Dios (Sherman &Simonton, 2001, Barboza &Forero, 2011); incluso hay pacientes que se preguntan porque ellos deben atravesar por una situación de enfermedad, o si Dios los castiga, y cuando estas incógnitas no son transitorias, la persona no puede ampararse en sus creencias espirituales y a través de ellas obtener esperanza (Koenig, 2004; Rodríguez, 2008).

A pesar de esto último, se considera que ambas son relevantes frente a las crisis que produce el diagnóstico de una enfermedad como es el cáncer (Balboni, et al. 2007) y funcionan como un recurso frecuentemente utilizado para sobreponerse a la afectación (Barboza&Forero, 2011). En apoyo a este último planteamiento, Sánchez (2009), postula que el bienestar espiritual para personas que atraviesan una situación de crisis, puede implicar el acercamiento a respuestas que le darían sentido a su vida, al dolor y al sufrimiento; además, Martínez (2006) expresa que las prácticas de índole religiosas y

espirituales funcionan como una guía o ayuda en situaciones difíciles (Salgado, 2014).Siguiendo esta línea de pensamiento, Wink y Dillon (2003) consideran que la espiritualidad puede ser una fuente de fortaleza, que se relaciona con la calidad de vida y la adaptación a la enfermedad, además agregan que está vinculada a una menor propensión al suicidio y hacen referencia a el efecto que produce en los niveles de ansiedad y depresión y también en la recuperación (Guirao, 2013).

CAPITULO 2: AFRONTAMIENTO AL ESTRES

2.1. Afrontamiento al estrés: Estrategias

Con respecto a las funciones de afrontamiento dirigidas al problema o a la emoción, Lazarus y Folkman (1986), plantean que las personas utilizan ambos tipos para afrontar una situación estresante, y llegan a esta conclusión luego de realizar una investigación en el año 1980 que duró un año, y en la cual cada participante refirió haber experimentado 14 situaciones estresantes, y los mismos manifestaron las conductas y pensamientos llevados a cabo para transitar el hecho y así se formó una lista de 68 ítems sobre modos de afrontamiento, donde cada ítem se diferenció entre una conducta dirigida a la emoción o al problema y fue así como descubrieron que se utilizaban ambos tipos en prácticamente todos los sucesos estresantes.

Lazarus y Folkman (1986) distinguen 8 tipos de estrategias que son las siguientes:

- Confrontación: son los intentos de solucionar una situación mediante acciones directas o agresivas.
- Planificación: refiere a desarrollar estrategias para solucionar un problema.
- Distanciamiento: es el intento por alejarse del problema, dejando de pensar en él o evitar que le afecte.
- Autocontrol: es el esfuerzo por controlar los sentimientos y emociones.
- Aceptación de responsabilidad: es reconocer el rol que se ha tenido en el origen y mantenimiento de un problema.
- Escape – evitación: se emplea un pensamiento irreal improductivo o se realizan acciones como beber, comer, usar drogas, etc.
- Reevaluación positiva: se trata de percibir el aspecto positivo del hecho estresante.
- Búsqueda de apoyo social: consiste en acudir a otras personas para recibir ayuda o comprensión (Rodríguez, Juárez &Quiroz, 2009)

A su vez, estas estrategias se dividen en aquellas que son de regulación emocional, que implican métodos como su nombre indica para regular la respuesta emocional ante un problema y por otro lado las estrategias de resolución de problemas, que son aquellas que están dirigidas a alterar o manejar una situación que causa un malestar. Estos autores desarrollaron un instrumento para evaluarlas, que recibe el nombre de Escala de Modos de Afrontamiento y cubre 8 estrategias. Las estrategias de confrontación y planificación están centradas en la solución del problema, mientras que distanciamiento, autocontrol aceptación de responsabilidad, escape-evitación y reevaluación positiva se centran en métodos de regulación emocional, y por último la estrategia de búsqueda de apoyo social se focaliza en ambas (Vázquez, Crespo &Ring, 2000).

Lazarus y Folkman (1986), plantean al afrontamiento como un proceso, de forma tal que cambia en el tiempo y puede considerarse situacional, pero además de esta perspectiva existe aquella que piensa al afrontamiento como disposicional, esto significa que es considerado como un estilo personal estable y es en este marco en el que se

incluye otro tipo de afrontamiento enfocado en la evitación, que se suma a los ya descritos, enfocado en el problema y en la emoción.

Weintraub (1989) plantean 13 estilos de afrontamiento, que se dividen en 3 categorías:

- Estilos de afrontamiento centrados en el problema: Afrontamiento activo, que implica actuar para solucionar un conflicto, planificación-supresión de actividades, para centrarse en el problema, postergación del afrontamiento, para esperar el momento de actuar y búsqueda de apoyo social

- Estilos de afrontamiento centrados en la emoción: Búsqueda de apoyo social, reinterpretación positiva y crecimiento, que implica ver lo positivo de la situación, aceptación, acudir a la religión, y negación

- Estilos de afrontamiento evitativos: Enfocar y liberar las emociones, desentendimiento conductual, es decir, dejar de actuar para solucionar el conflicto, desentendimiento mental, que implica buscar la distracción para no hacer foco en el problema (Pérez, Morales, &Wetzell, 2002).

Carver, Scheier y Weintraub (1989) postulan que las estrategias adaptativas son, el afrontamiento activo, la planificación, la supresión de actividades competitivas, la contención, la reinterpretación positiva y la búsqueda de apoyo social, mientras que las desadaptativas son la negación, el desenganche conductual y mental y el centrarse en las emociones (Pascual, Conejero &Etxebarria, 2016).

Además, Carver, Scheier y Weintraub (1989), postulan la diferenciación entre los estilos y disposiciones, que implican estrategias fijas que la persona lleva a cabo en situaciones que considera estresantes y las respuestas de afrontamiento que son las estrategias que dependen de la valoración que la persona realice sobre la situación (Ornelas et, al. 2013). En esta misma línea de diferenciación entre los estilos y las estrategias, Pelechano (2000) plantea que las primeras son predisposiciones que poseen las personas para afrontar un estresor mientras que las estrategias son comportamientos que varían según el contexto (Ruiz, Valencia &Ortega, 2020).

Por otro lado, Moos (1993), también postula 8 estrategias de afrontamiento, que las divide en respuestas por aproximación que hacen referencia a esfuerzos comportamentales y cognitivos para manejar la situación estresante y las respuestas por evitación que como indica su nombre incluyen esfuerzos comportamentales y cognitivos para evitar pensar en dicha situación o disminuir la tensión que genera a través comportamientos que son de escape, estas estrategias son:

- *Análisis lógico*: esfuerzos cognitivos por entender y prepararse mentalmente para hacer frente a una situación.

- *Revalorización positiva*: esfuerzos cognitivos para construir o reconstruir un conflicto de forma positiva.

- *Búsqueda de Orientación y Apoyo*: esfuerzos comportamentales que implica la búsqueda de orientación y apoyo.

- *Resolución de Problemas*: esfuerzos comportamentales para llevar a cabo acciones directas al conflicto.

- *Evitación Cognitiva*: esfuerzos cognitivos para evitar pensar en la situación estresante.

- *Aceptación/Resignación*: esfuerzos cognitivos de reaccionar frente al conflicto, aceptando el mismo.

- *Búsqueda de Gratificciones alternativas*: esfuerzos comportamentales de buscar actividades que generen gratificación.

- *Descarga Emocional*: esfuerzos comportamentales de disminuir la tensión que genera una situación generando sentimientos negativos (Mikulic &Crespi, 2008).

Desde la perspectiva de Moos (1993), las características de la situación que debe enfrentar la persona guardan relación con la modalidad del afrontamiento, es decir, que la característica de ese conflicto y la evaluación de la situación que se lleva a cabo contextualizan las respuestas. En relación a esta visión es que el junto con Holahan, Moos y Brennan (1997) dieron a conocer que a mayor cantidad de estresores menor es la utilización de estrategias por aproximación y se utiliza más las estrategias por evitación, también llegaron a la conclusión de que cuando la situación problema es evaluada como un desafío se producen respuestas de aproximación más que de evitación.

En resumen, la gravedad de la situación estresante y la evaluación que realiza la persona sobre la misma van a influir en las respuestas de afrontamiento que desarrolle un sujeto. Por último, en referencia a cuáles estrategias son más adaptativas, parece ser que las activas están vinculadas a la salud y las evitativas con el desarrollo de afecciones (Mikulic &Crespi, 2008). Además, con respecto a estas estrategias, generalmente las de afrontamiento activas hacen foco en el problema mientras que las de evitación se centran usualmente en la emoción.

Entonces, por un lado, se tienen ocho estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman,y por otro las 13de Carver, Scheier y Weintraub, y las de Moos (1993) quelas diferencia entre las activas y las de evitación, las primeras hacen referencia a los esfuerzos por manejarse con la situación que genera estrés, las segundas se basan en no enfrentar el conflicto (Lluul, Zanier, &García, 2003). También otra concepción de las estrategias es aquella que las divide en tres: de compromiso, separación, y de búsqueda de ayuda. El compromiso hace referencia a los métodos utilizados para actuar sobre el conflicto, la separación por el contrario está relacionada con estrategias para mantenerse alejado del problema, y por último la búsqueda de ayuda, implica recurrir a otros

cuando los recursos propios no bastan (Roussi, Krikeli, Hatzidimitriou, & Koutri, 2007). Esto demuestra que no hay un consenso sobre cuantas estrategias existen, qué funciones tienen o cómo se relacionan entre sí. Además, los investigadores en ocasiones hacen uso de diferentes nombres para hacer referencia a una estrategia como así también utilizan el mismo nombre para referirse a estrategias desemejantes (Gutiérrez, Torres, Caseres, &Valdés, 2007; Falkum, Olff, &Aaaslan, 1997; Font&Cardoso, 2009).

2.2. Afrontamiento al estrés en la enfermedad oncológica

En relación a esta enfermedad, la aparición de síntomas relacionados a una neoplasia puede generar trastornos como ansiedad y depresión (Finck &Forero, 2011), esto se puede vincular con el sentirse cerca de la muerte, el temor a que la enfermedad avance, afectando así otros órganos, pero también influye la falta de información o información tergiversada (Franco &Ortiz, 2018).

Cabrera y sus colaboradores (2017), haciendo referencia al reciente diagnóstico, postulan que la presencia de esta enfermedad implica una situación trágica en sí, lo que hace que se vincule con la imagen de la muerte, con la incapacidad, la falta de independencia, y las dificultades en las relaciones sociales; además, plantean que en un primer momento la persona no logra asimilar completamente lo que implica la enfermedad porque la misma tiene un gran impacto que hace que el paciente junto con su entorno cercano experimente desorientación y/o desadaptación (Cabrera, López, López, &Arredondo, 2017). En relación a la reacción del paciente a dicha afección, es relevante mencionar que la misma va a depender del significado que le da a la enfermedad, las características de su personalidad, así como también el sentido que le brinda a su vida (Ojeda &Martínez, 2012).

Por otra parte, en lo que refiere a la función del afrontamiento en la enfermedad de cáncer, Soriano (2002) postula que es de tipo preventivo, vinculada con el impacto emocional; intermediaria, vinculada con el ajuste a la enfermedad; y por último de obtención de equilibrio, que implica el restablecimiento del ajuste psicológico-social (Villas, Torrico, &Remesal, 2012).También Flórez (1999) hace referencia a este efecto negativo, planteando que la persona puede llevar a cabo estrategias que le ayuden a resolver el inconveniente pero que por otro lado pueden tener consecuencias psicológicas y fisiológicas de índole negativas, como así también postula que la persona puede desarrollar estrategias que en este caso sean improductivas y sostengan la situación y también produzcan deterioro psicológico y fisiológico (Villas, Torrico, & Remesal, 2012).

Con respecto a las estrategias de afrontamiento al estrés desarrolladas frente al diagnóstico, se plantea que las que son adaptativas favorecen a la adaptación a la enfermedad mientras que las desadaptativas colaboran con el declive de la calidad de vida y por lo tanto la salud, (Roca, 2013, Montiel, Álvarez, &Guerra, 2016).Entonces en otras palabras, las estrategias activas colaboran en la reducción de la tensión que genera una patología, en cambio las estrategias pasivas como se dijo anteriormente se asocian al deterioro de la calidad de vida, al progreso de la enfermedad y al aumento de la

tensión (Acosta, López, Martínez, &Zapata, 2017). Además se plantea que existen evidencias que demuestran que las estrategias centradas en el problema, junto con características sociodemográficas positivas se relacionan a una buena adaptación a la enfermedad (Reich &Remor, 2011; Ruiz, Valencia, &Ortega, 2020), sin embargo en contraposición a este pensamiento, Dalmin, Crystal, Thomas en 2013, postulan que las estrategias de índole emocional son eficaces en la adaptación a la enfermedad ya sea en mujeres como en hombres(Zayas, Sánchez, Ruiz, &Guil, 2019).

Específicamente a la hora de ser diagnosticado el paciente puede llevar a cabo cuatro diferentes estilos de afrontamiento que hacen a la capacidad de adaptación, estos estilos forman parte de lo que se conoce como ajuste mental al cáncer, los mismos son: espíritu de lucha, desesperanza, preocupación ansiosa y fatalismo (Waltson et al., 1988). En relación a este constructo es que los datos demuestran que mujeres de avanzada edad con cáncer presentan menor espíritu de lucha, más desesperanza, fatalismo y preocupación ansiosa (Schnoll, Harlow, Stobach, &Brandt, 1998); a su vez también existen datos que demuestran que pacientes con elevados niveles de asertividad y ansiedad social suelen llevar a cabo el espíritu de lucha como respuesta (Saita, Acquati, &Kayser, 2015). En cuanto a las respuestas de tipo fatalismo, la desesperanza y la preocupación ansiosa, suelen asociarse con síntomas vinculados a la depresión y a la ansiedad (Watson et al., 1991, Castillo, Marván, Galindo &Landa, 2017).

En relación al afrontamiento y el cáncer, Moorey y Greer (1989), postulan un modelo de afrontamiento del paciente enfermo de cáncer, que recibe el nombre de esquema de supervivencia, que hace referencia a la capacidad de adaptarse, de responder emocionalmente y los estilos de afrontamiento que lleva a cabo el enfermo cuando se le notifica de su diagnóstico o frente al proceso de su enfermedad, teniendo en cuenta, la perspectivas que tiene sobre su diagnóstico, el control que puede ejercer sobre la afección y su pronóstico. Dicho esquema implica observar las reacciones que se dan entre la valoración del afrontamiento y las respuestas emocionales (Soriano, 2002).

Tabla 1. Esquema de Supervivencia

	Espíritu de lucha	**Evitación**	**Fatalismo**	**Desamparo**	**Preocupación ansiosa**
Diagnóstico	reto	sin amenaza	poca amenaza	gran amenaza	gran amenaza
Control	moderado	no se plantea	sin control	sin control	incertidumbre
Pronóstico	optimista	optimista	aceptación del desenlace	pesimista	incertidumbre

Afrontamiento	búsqueda de información	minimización	aceptación pasiva	rendición	búsqueda de seguridad
Respuesta emocional	poca ansiedad	poca ansiedad	poca ansiedad	depresión	ansiedad

Fuente (Soriano, 2002)

El espíritu de lucha implica la aceptación frente al diagnóstico, una visión optimista, como también la disposición a luchar y participar de la toma de decisiones que giren en torno al tratamiento; por otra parte la evitación hace referencia al rechazo de la enfermedad, minimizando su gravedad; el fatalismo está relacionado a la aceptación del diagnóstico pero con resignación; mientras que la desesperanza implica una visión pesimista que involucra como su nombre lo indica, sentimientos de desesperanza; y por último la preocupación ansiosa que es cuando el paciente centra su atención en la enfermedad (Watson &Greer, 1998; Soriano, 2002).

Con respecto a estos cuatro estilos de afrontamiento, se encontró que las mujeres con un bajo nivel de afrontamiento negativo tenían una mejor adaptación y una postura activa en la toma decisiones con respecto a su tratamiento (Hack & Degner, 2004); también se obtuvo una relación significativa en lo que refiere al optimismo y las respuestas activas de afrontamiento (Mera & Ortiz, 2012); por otro lado, Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor & Falke (1992) llegaron a la conclusión de que el fatalismo, la desesperanza y la preocupación ansiosa, estaban vinculados con un mal pronóstico en la enfermedad y también se vinculaban con el malestar psicológica.

Alcalar et al. (2012) encontraron que las mujeres con cáncer de mama y depresión utilizaban estrategias pasivas como son la desesperanza, el fatalismo y la preocupación ansiosa, mientras que aquellas que no tenían depresión utilizaban en mayor medida la respuesta espíritu de lucha; también Pastells y Font (2014) confirmaron que la respuesta pesimismo estaba vinculada de forma significativa con la pérdida de calidad de vida de mujeres con cáncer de mama que realizaban o no un tratamiento y por último en relación a este tipo de respuestas de afrontamiento, Wang y sus colaboradores (2013) pudieron observar que el espíritu de lucha se relacionaba con la adaptación al cáncer de mama en el diagnostico (Font, Reventós, &Falo, 2020).

En cuanto a las investigaciones que giran en torno al afrontamiento y el cáncer se encuentra el estudio llamado Afrontamiento al Diagnóstico de Cáncer (Oliveros, Barrera, Martínez, &Pinto, 2010) que permitió determinar qué estrategia de afrontamiento utiliza una persona frente al diagnóstico y qué factores influyen en el proceso de enfermar y en la enfermedad misma. En cuanto a las características del estudio anteriormente dicho, este es de tipo descriptivo y cuantitativo para el cual se utilizó un instrumento que posee una validez de 0.75, compuesto por afirmaciones sobre el área cognitiva, conductual y emocional que se dan ante el diagnóstico de cáncer. La muestra estaba compuesta por 31 personas cuyas edades van de los 20 a 50 años. Los resultados que arrojó esta investigación se resumen en que el 83.8% de la muestra

desarrolla estrategias orientadas al problema, y solo el 9.7% se orienta hacia las emociones, mientras que el porcentaje restante, 6.5% está representado por los sujetos que obtuvieron igual puntaje en ambas categorías.

Otro estudio, fue realizado por Galindo et al. (2011) para determinar y comparar los estilos de afrontamiento, ya sea pasivos o activos que desarrollan los pacientes con cáncer testicular que se encuentran en tratamiento en comparación con los que están en seguimiento, por lo tanto, la muestra estuvo formada por 33 pacientes con este diagnóstico que realizaban su tratamiento y 28 que realizaban controles en el servicio de Oncología Médica del Instituto Nacional de Cancerología en México. En cuanto a las características de la investigación, esta fue de tipo transversal, retrospectivo, no experimental y ex-post-facto, cuyo instrumento fue Escala de Modos de afrontamiento (WOC) de Lazarus, Folkman (1986) y tuvo como resultado que existían diferencias significativas entre ambos grupos en lo que refiere a los estilos de afrontamiento activos, que son dirigido al problema y revaloración positiva, pero no ocurrió así con flexibilidad, por otra parte, en lo que refiere a los estilos de afrontamiento pasivos que son pensamiento mágico, dirigido a lo positivo y distanciamiento, no se encontraron diferencias significativas.

En esta misma línea de investigaciones, se encuentra el estudio llevado a cabo por Ojeda y Martínez (2012), que fue de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, el mismo tuvo como objetivo el determinar el afrontamiento en mujeres con cáncer de mama, por eso la muestra estuvo compuesta por 85 mujeres que respondieron 45 preguntas relacionadas a 14 ítems sobre afrontamiento en el proceso cognitivo y conductual, dando como resultado que el 25,7% de las mujeres con cáncer de este tipo tuvo un adecuado afrontamiento, en lo que refiere a lo cognitivo un 35,7% tuvo buen afrontamiento y un 12,9% en el área conductual, siendo las estrategias más utilizadas, aproximación y afrontamiento dirigió al problema. En base a estos resultados se llegó a la conclusión de que las mujeres que poseen cáncer de mama tienen un bajo nivel de adecuado afrontamiento.

También se encuentra el estudio realizado por Montserrat, Torrico y Remesal (2012) a pacientes hombres con cáncer de laringe, el cual tuvo como objetivo saber las estrategias de afrontamiento que más utilizan los hombres con este tipo de cáncer, teniendo en cuenta las diferencias con hombres sin este diagnóstico, es decir, sanos. Para lograr este objetivo se utilizó el instrumento Modos de afrontamiento (WOC) de Lazarus, Folkman (1986), el cual fue respondido por 25 hombres con este tipo de cáncer y 25 hombres sin ningún tipo de enfermedad, lo que permito conocer que el distanciamiento es la estrategia más utilizada, seguida por reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social, mientras que huida-evitación es la que menos utilizaron los pacientes. Además, en esta investigación también se tuvo en cuenta que estrategias desarrollarían estos hombres desde la perspectiva de sus respectivas parejas.

Por último, otra investigación que también gira en torno a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, es la realizada por De Haroet al. (2014), dicho estudio fue de tipo descriptivo transversal, de correlación en 98 pacientes que formaban parte de la clínica

de mama del Hospital General Regional 1 y la Unidad Médica de Atención Ambulatoria, ambos localizados en México. Esta investigación tuvo como fin distinguir los factores que se vincularon con las estrategias de afrontamiento en mujeres con recién diagnóstico de cáncer de mama, para determinar esto se evaluó características socio-demográficas, tratamiento, tipo de familia, y estrategias de afrontamiento utilizadas en el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)de Tobin y sus colaboradores (1989). De esta forma se llegó a la conclusión de que la estrategia más desarrollada fue la resolución de problemas, mientras que los factores más relacionados fueron la edad, la escolaridad, el tipo de familia y el tratamiento que llevaba a cabo la paciente.

CAPITULO 3: ESPIRITUALIDAD Y ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

3.1. Vínculos entre la espiritualidad y la enfermedad oncológica

Las cuestiones que permiten vincular a el cáncer con la espiritualidad, son la cercanía con la muerte que podría generar modificaciones en el grado de espiritualidad (Coward & Kahn, 2005), también la constitución de la misma como una herramienta en el cuidado paliativo (Ameling, 2000) y, por último, se asocian porque las decisiones que debe tomar el paciente pueden estar sujetas a las creencias del mismo (Marrone, 1999; Galvis &Pérez, 2011).

Algunos autores hacen referencia a las mismas, uno de ellos es Puchalski (2012) quien planteo que la notificación de la neoplasia genera preguntas sobre el significado de la vida, y con el tratamiento y la evolución de la enfermedad se generan cuestiones que se vinculan con la esperanza o plenitud; en relación a esto es que Breitbart (2002) postulo que el malestar que surge del diagnóstico puede brindar la oportunidad de evolución y significado si la persona logra afrontarlo; por otro lado, Kissane, et al. (1997), hizo referencia al síndrome de desmoralización que tiene como característica el pesimismo, la pérdida de sentido y el deseo por la muerte, también Rousseau (2000) hizo mención a este síndrome pero con otra denominación que es la de sufrimiento espiritual (Urrego, Sierra & Sánchez, 2015). Para Rodríguez, (2007) para quien la orientación espiritual guarda relación con el aumento del bienestar, la contribución en la rehabilitación, así como también ayudaría a disminuir el impacto de las vivencias estresantes y para finalizar se plantea que la espiritualidad contribuye en la búsqueda del significado y la esperanza, aspectos que incentivan a continuar con un tratamiento (Díaz, Salazar & Santa Cruz, 2014).

Alcorn (2010) y sus colaboradores realizaron un estudio con 68 pacientes con dicha enfermedad avanzada que mostró que en el 78% de las entrevistas los pacientes expresan que la religión/espiritualidad ha sido relevante en su experiencia frente al cáncer. Esto podría comprenderse a partir de la idea de que las tradiciones religiosas/espirituales le permiten al enfermo de cáncer tener un marco en el cual basar su comprensión de la experiencia humana sobre la enfermedad, el sufrimiento y la muerte. Además, los pacientes encuentran alivio en sus creencias en la fase terminal de sus vidas, estas creencias les permiten tener tranquilidad al creer que existe otra vida después de la muerte. También aparecen cuestionamientos hacia Dios, por ejemplo, hay pacientes que expresan haber sido abandonados o castigados por el (Núñez, Enríquez&Irarrazaval,2011).

También se demostró en una investigación que la espiritualidad elevada se ve relacionada con una mejor calidad de vida y menos desórdenes de tipo afectivo en pacientes con cáncer mamario (Romero et al., 2005), siguiendo esta línea, además se observó que, al aumentar la dimensión espiritual y el nivel del confort, se veía disminuido el estrés psicosocial y los efectos negativos que genera en la salud (Gioiella, Berkman &Robinson, 1998). Se encontró que la espiritualidad puede colaborar en la adaptación a la enfermedad de cáncer de mama, y además de que cuantas más creencias

en el control divino tenga la persona, llevara a cabo un menor uso de la negación como estrategia de afrontamiento (Umezawa et al., 2012, Castillo, Marván, Galindo, & Landa, 2017).

Otros trabajos demuestran la relevancia de considerar a la dimensión espiritual en contexto de enfermedad, por un lado, el desarrollado por Chiclana (2014), quien encontró que pacientes en terapias que incluían elementos de orden religioso o espiritual mejoraron más que aquellos que no, y por otro lado Salgado (2014), a su vez encontró que el fortalecimiento religioso aporta bienestar psicológico, felicidad, realización personal, entre otros, mientras que por su parte, la espiritualidad se ve relacionada con la calidad de vida, un sistema inmune más fuerte, una forma saludable de vida y menor cantidad de muertes (Franco & Ortiz, 2018).

Si bien es importante conocer el aspecto biológico de la enfermedad, en este estudio se considera de relevancia el entender que el paciente con cáncer no solo debe enfrentar la enfermedad y el tratamiento, sino que también se debe enfrentar a los cambios que giran en torno a lo emocional, espiritual, la percepción del bienestar y lo social, entre otros, lo que hace que se trate de una patología de carácter multidimensional (Alarcón, 2006), también es importante resaltar que estos factores van a depender del estado emocional de la persona y del etapa de la enfermedad en la que encuentra, es decir, no es lo mismo estar en la etapa avanzada que en una etapa temprana con posibilidad de remisión (Jiménez, 2005; Payan, Vinaccia & Japcy, 2011).

El cáncer surge por cambios en los genes que controlan la forma en la que funcionan las células, cómo se dividen y cómo crecen, por lo que podría decirse que es una enfermedad genética; estos cambios genéticos pueden ser heredados por los padres, por errores en la división de células o daños al ADN causado por el ambiente. Algunas de las sustancias que pueden producir cáncer son: el humo del tabaco y la radiación (Instituto Nacional de Cáncer, 2015).

En el transcurso de la enfermedad, se produce un duelo, que refiere al proceso de adaptación ante las pérdidas que involucra no solo a la salud, sino también la perdida de la estabilidad, de la rutina, del trabajo o lo social, e incluso la pérdida del control. Esto produce un duelo desestabilizante o desestructurante. Por esta razón, el apoyo psicológico es de suma importancia para lograr la readaptación (Cabrera, López, López, Arredondo, 2017).En relación a los cambios que se generan producto del diagnóstico, Walker et al. (2012), reportó la presencia de depresión en pacientes ambulatorios y hospitalizados, así como también en pacientes internados y aquellos en cuidados paliativos con cáncer (Urrego, Sierra &Sánchez, 2015).También en referencia a la depresión se postula que entre un 15% y 25% de los pacientes la padecen (Cabrera, López, López, &Arredondo, 2017).

Este campo surge como la fusión entre la oncología y la psicología, y se plantea que es una subespecialidad de la oncología (Cruzado, 2003). En cuanto a su recorrido histórico, la misma tuvo sus inicios en la Unidad de Psiquiatría del Memorial Sloan-KetteringCancerCenter de Nueva York en 1950 de la mano de Sutherland, y luego de

Mastrovito en la década de los sesenta y es a partir de 1977 que la doctora Holland comienza a dirigir el servicio de psiquiatría y así dedico los siguientes 20 años a estudiar los efectos del cáncer. Es gracias a sus aportes que esta subespecialidad de la oncología aumenta su reconocimiento y produce un programa que tenía como fin mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer, así como también la calidad de vida de sus familias y el personal de salud (Sanz &Modollel, 2014).

La ayuda psicológica con la que contaban los pacientes con cáncer eran grupos de apoyo conformados por otros pacientes que habían pasado por la misma situación y posteriormente fueron los enfermeros y trabajadores sociales quienes atendían las necesidades psicológicas y sociales de los pacientes. Es a partir de sus aportes que se dio lugar a la creación de diversas asociaciones de psicooncología, como por ejemplo en 1987 se creó la Sociedad Mexicana de Psicooncología y más adelante la Sociedad Venezolana de Psicooncología (Cabrera, López, López &Arredondo, 2017).

3.2. Espiritualidad, Cáncer y Afrontamiento

Con respecto al desarrollo del área, la relevancia sanitaria y social del cáncer se debe tener en cuenta la cantidad de casos nuevos y fallecimientos producidos por la enfermedad; también lo afectados que pueden estar el paciente junto con sus familiares en todo el proceso que incluye el diagnóstico, tratamiento y controles. El reconocimiento de que el sistema de salud procura sanar al paciente en todos los aspectos, lo que incluye al sufrimiento humano; y la necesidad de que el paciente tenga la información correspondiente y sea parte de la toma de decisiones en lo que refiere a su enfermedad y se incluye la necesidad de mejorar las competencias de los profesionales en la interacción con el paciente (Cruzado, 2003).

La American Federation of Clinical Oncologic Societies (AFCOS) da a conocer una declaración que determina la necesidad de un equipo que trabaje de forma multidisciplinaria en lo que refiere a la atención del paciente con cáncer, porque cuando el paciente se enferma lo hace de forma integral, todas las dimensiones de esa persona se afectan, que se enferme de forma integral implica que la enfermedad produce síntomas físicos yemocionales como puede ser el dolor y la depresión respectivamente(Sutherland, 1952; Holland, 200; Cassileth, 2003; American Federation of ClinicalOncologic Societies [AFCOS, 1998]; Sanz & Modollel, 2014).

Holland quien además de tener un papel crucial en el desarrollo de la psicología aplicada a la oncología también definió los aspectos psicológicos, psiquiátricos, sociales y comportamentales del cáncer. Incluso señaló las dos dimensiones psico-oncologías que son, por un lado, atender a la respuesta emocional del paciente y de las personas del ámbito familiar y por otro lado detectar e intervenir en los factores psicológicos, sociales y de conducta que influyen en la mortalidad y calidad de vida del paciente (Holland, 2002; Medina & Alvarado, 2011).

Para el psicólogo, esta subespecialidad gira en torno a tratar los aspectos psiquiátricos, sociales, psicológicos, culturales, económicos, espirituales, sexuales que presentan a lo largo de todo el proceso de la enfermedad los pacientes, también hacer foco en los

aspectos psicológicos comportamentales y sociales que se vinculan con la morbilidad y mortalidad de la enfermedad y por último promover la investigación (Medina &Alvarado, 2011).

Más específicamente su función se basa en la prevención, la evaluación clínica, que incluye la exploración de las capacidades del área cognitiva, adaptación a la enfermedad y tratamiento, estado emocional, calidad de vida, sistema de apoyo, informe psicológico y diagnostico; en lo que refiere al tratamiento psicológico, este se basa en la psicoeducación y orientación, control de estados del ánimo negativos, tratamiento de trastornos vinculados al cambio en la imagen corporal, intervención familiar, afrontamientos de los tratamientos o cirugías y problemas sexuales; por otra parte, en lo que refiere al personal de salud, la función de psicooncólogo se ve relacionada al desarrollo de habilidades de la comunicación con el paciente y su familia y el manejo de las emociones frente a ellos, así como también la prevención del burnout (Cruzado, 2003).

En síntesis, el propósito del psicooncólogo es aliviar los síntomas psíquicos y humanizar lo más posible el tratamiento. Para ello las intervenciones más utilizadas son la intervención cognitiva, la conductual, la intervención cognitivo-conductual, intervención psicoeducativa, terapia de grupo, asesoramiento y técnicas en habilidades (Cabrera, López, López & Arredondo, 2017).

El cáncer involucra aspectos psicológicos y se espera determinadas manifestaciones psicológicas en función de la etapa de la enfermedad en la que se encuentra el paciente, así en la fase de diagnóstico las respuestas emocionales inmediatas se vinculan con el enojo, la tristeza, la ansiedad y la depresión entre otras, también es frecuente que el paciente niegue la información que se le brinda con respecto a la enfermedad y busque otra opinión con el fin de demostrar que dicha información es errónea. En la fase de tratamiento los pacientes experimentan también ansiedad, depresión, tristeza y se suma el enojo, la culpa y el desamparo, incluso luego de terminar el tratamiento los pacientes tienen problemas para adaptarse a las limitaciones en su hogar y en su trabajo.

En la fase de remisión, el paciente, al igual que su familia, siente tranquilidad por un lado y por otra inquietud ante la incertidumbre y por no estar en contacto directo con los médicos; en la fase de recaída, se experimenta enojo, ira, agresividad y por último en la fase terminal el paciente y su familia presentan tristeza, duelos anticipados y depresión, además buscan tratamientos alternativos (Matias &Lorca, 2007; Medina &Alvarado, 2011).

En el caso del cáncer de mama, se plantea, que se ve afecta la imagen corporal, la feminidad y el autoestima, se producen dificultades en lo que refiere a la adaptaciones a los cambios de índole físicos, también dificultades en el área sexual, y en el área social, ya que se generan cambios en las relaciones con otros (Hernández, Pérez, Guerra, Treto &Grau, 2013); por otra parte también se postula que en las neoplasias en las que se ve afectada la parte genital, se generan sentimientos de culpa, vergüenza e inferioridad y en las neoplasias digestivas se producen pensamientos que giran en torno al abandono y el

miedo a la aceptación por parte de la pareja (Almonacid, 2014, ; Cabrera, López, López &Arredondo, 2017).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El diagnóstico de cáncer puede generar un gran impacto, haciendo que el paciente no utilice las estrategias de afrontamiento necesarias para atravesar la enfermedad; esto puede generar distrés, que a su vez lo condiciona para diferentes trastornos psiquiátricos. Teniendo en cuenta lo anteriormente dicho, la espiritualidad puede funcionar como una herramienta beneficiosa para afrontar la enfermedad oncológica, sabiendo que esta afecta la toma de decisiones e influye en la calidad de vida de los pacientes. Por otra parte, si se piensa a la espiritualidad y la religión como recursos psicosociales, estos pueden estar asociados de forma positiva con el bienestar y con la salud, ya que la presencia de un recurso mejora dicho bienestar mientras que un hecho estresante produce el efecto contrario.

A pesar de que se sabe mucho sobre las estrategias de afrontamiento en varios contextos, no así sobre la relación que podría llegar a tener la espiritualidad en el afrontamiento al estrés en un contexto de enfermedad, específicamente cáncer. Este tipo de pensamiento fomenta la visión sesgada y estereotipada que hace que no se lleven a cabo investigaciones de este tipo. Por eso en esta investigación se dejará de lado esta mirada pesimista que se tiene frente a la espiritualidad, para que comience a ser considerada como parte de los procesos psicológicos y en particular en relación con el afrontamiento.

En función de lo mencionado anteriormente, nos preguntamos: ¿las prácticas religiosas y espirituales permiten desplegar estrategias psicológicas más adaptativas para afrontar el estrés/depresión (u otros estados psicológicos disfuncionales asociados) frente al cáncer? De ser así, ¿los psicooncólogos deberían tomar seriamente en cuenta a la espiritualidad como parte del proceso de afrontamiento para el paciente?

RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN

Teórica. Los resultados de este estudio permitirán evaluar las estrategias de afrontamiento al estrés en relación a la espiritualidad, para luego incorporar los nuevos descubrimientos al campo de la psicología.

Clínica. Los resultados de este estudio permitirán al psicólogo clínico orientado en psicooncología tener mayor conocimiento sobre las estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes enfermos de cáncer, y considerar la espiritualidad de los mismos como una variable influyente en el proceso de sanación y así modificar la mirada escéptica que se tiene sobre los procesos espirituales.

METODO

Se empleó un tipo de investigación aplicada, con estrategia teórico-metodológica cuantitativa. El alcance de este estudio es descriptivo, comparativo y relacional (no exploratorio) y su secuencia temporal es transversal con un diseño no experimental. La técnica de muestreo es no probabilística intencional, basada en un sistema "Bola de nieve" (*snowball sampling*).

Objetivos

General

Evaluar las estrategias de afrontamiento al estrés y su relación con el grado de religiosidad/espiritualidad en pacientes oncológicos.

Específicos

- Describir las características sociodemográficas (por ej. Edad, Ocupación, Religión, Estado marital, etc.) y características clínicas de los pacientes oncológicos (por ej. tipo de cáncer y tipo de tratamiento).
- Relacionarlos estilos de afrontamiento al estrés (adaptativos y desadaptativos) con el grado de religiosidad/espiritualidad.
- Relacionar las estrategias de afrontamiento y religiosidad/espiritualidad con la edad y la espiritualidad.
- Comparar los tipos de cáncer y el tratamiento médico en estrategias de afrontamiento y religiosidad/espiritualidad.
- Comparar la identidad religiosa en estrategias de afrontamiento y religiosidad/espiritualidad.

Hipótesis

H1. Se encontrará una correlación positiva y significativa entre estrategias *adaptativas* y su grado de religiosidad/espiritualidad, es decir, aquellas pacientes oncológicas que puntúan alto en religiosidad/espiritualidad tenderán a mostrar más estrategias adaptativas.

H2. Se encontrará una correlación positiva y significativa entre estrategias desadaptativas y su grado de religiosidad/espiritualidad, es decir, aquellas pacientes oncológicas que puntúan bajo en religiosidad/espiritualidad tenderán a mostrar más estrategias desadaptativas.

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 100 pacientes oncológicas, todas mujeres, con un rango etario entre 19 a 77 años (Media = 46,27 años, DT = 10,98). El 35% indicó

trabajar en tareas domésticas (ama de casa), el 61% se encontraba en pareja (conviviente), casi la mitad (el 46%) profesaba el catolicismo, y el 91% indicó ser "poco" a "muy espiritual". El 70% indicó padecer cáncer de pecho/mama (sólo el 30% padecía otros tipos de cáncer) y el tratamiento estaba mayoritariamente basado en quimioterapia (89%) (ver Tabla 2).

Criterios de inclusión/exclusión

Pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica clínicamente documentada, con más de seis meses de diagnóstico, actualmente bajo tratamiento y en conocimiento de su enfermedad (no en fase terminal). Se excluyeron cuestionarios mal completados o con enmiendas, así de participantes no argentinas menores de edad (18 años o menos).

Instrumentos

Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAEPO; González, 2004, 2015). Diseñado para pacientes oncológicos que toma la teoría de Lazarus y Folkman (1986) para explicar las estrategias de afrontamiento. Ambos autores consideran las estrategias que intentan solucionar problemas que se desencadenan con la enfermedad, como, por ejemplo, cooperando con lo médicos y enfrentándose a las dificultades y otras que impiden la solución adecuada del problema que ayudarían a reducir o eliminar el malestar emocional o bien podrían no contribuir a ello. El CAEPO está compuesto por 40 ítems con una escala Likert de cuatro opciones de respuesta, 0 (Nunca), 1 (algunas veces), 2 (muchas veces) y 3 (casi siempre). Los ítems se configuran en función de las conductas o pensamientos que una persona diagnosticada de cáncer puede experimentar. Contiene siete factores o subescalas agrupadas en dos dimensiones:

> *1. Estrategias adaptativas*. Compuesta por tres subescalas a saber: Enfrentamiento y lucha activa (α=0.92); Autocontrol y control emocional (α=0.90); y Búsqueda de apoyo social (α=0.89). Un puntaje alto en estas subescalas implica una forma de afrontar la realidad que favorece al sujeto.
>
> 2. *Estrategias desadaptativas*. Compuesta por cuatro subescalas a saber: Ansiedad y preocupación ansiosa (α =0.91); Pasividad y resignación pasiva (α = 0.88); Huida y distanciamiento (α= 0.91); y Negación (α=0.78). Un puntaje alto en estas subescalas implica la presencia de conductas y pensamientos que no son adaptativas, generando así un estado de desequilibrio y excesiva ansiedad) (García, Avila, Romero, Ibañez&Soriano, 2016).

Escala Multidimensional de la Religiosidad y Espiritualidad (MMRS; Fetzer Institute and National Institute on Aging Working Group, 1999) está diseñada para cuantificar el grado de involucramiento religioso/espiritual en una escala de 38 ítems con formato Likert que varía de acuerdo al tipo de pregunta, siendo la puntuación alta aquella que presenta mayor frecuencia como práctica religiosa. Se divide en siete dominios:

> (1) *Experiencias Espirituales Diarias*. Evalúa la conexión cotidiana del individuo con un ser superior o divino a través de preguntas como "Siento la presencia de

Dios" y "Estoy espiritualmente tocado por la belleza de creación" en una escala de seis puntos (0 = Nunca o casi nunca a 6 = Muchas veces al día);

(2) *Valores/Creencias*. Evalúa la presencia de valores religiosos y creencias a través de preguntas como "Creo en un Dios que me cuida" y "Siento una profunda sensación de responsabilidad de reducir el dolor y el sufrimiento en el mundo" en una escala de cuatro puntos (1 = Muy en desacuerdo a 4 = Muy de acuerdo);

(3) *Perdón*. Evalúa la capacidad de perdonar a los demás, a Dios y a uno mismo, a través de preguntas como "He perdonado los que me hicieron daño" en una escala de cuatro puntos (0 = Nunca siempre a 4 = Casi siempre);

(4) *Prácticas Privadas:* Evalúa la frecuencia de comportamiento religioso en espacios privados, a través de preguntas como "¿Con qué frecuencia mira o escucha programas religiosos en la televisión o la radio?" y "¿Con qué frecuencia lees la Biblia u otra literatura religiosa?" en una escala de ocho puntos (0 = Nunca 8 = Más de una vez al día);

(5) *Afrontamiento*. Evalúa el uso de estrategias de afrontamiento con un componente religioso o espiritual en el tratamiento de problemas cotidianos, a través de preguntas como: "Miro a Dios por su fortaleza, apoyo y orientación" o "¿En qué medida su religión está involucrada en la comprensión o el manejo de situaciones estresantes?" en una escala de cuatro puntos (0 = Nada a 4 = Mucho);

(6) *Apoyo Social*. Evalúa el apoyo social recibido por el individuo de la congregación en el manejo de problemas cotidianos, a través de preguntas como: "Si tuvo un problema o se enfrentaron a una situación difícil, ¿cuánto consuelo serían las personas en su congregación dispuesto a darte?" o "Si estuvieras enfermo, ¿cuánto ayudarían las personas de tu congregación?" en una escala de cuatro puntos (1 = Muy en desacuerdo a 4 = Muy de acuerdo);

(7) *Compromiso*. Evalúa la frecuencia de participación en público actividades religiosas, a través de preguntas como "¿Con qué frecuencia vas a los servicios religiosos?" o "¿Con qué frecuencia participa en otras actividades en su lugar de culto?" en una escala de seis puntos (0 = Nunca a 6 = Más de una vez por semana).

Procedimiento

Se empleó un procedimiento mixto de reclutamiento de participantes: (1) Se reclutaron 36 pacientes a través del Servicio de Oncología del Hospital de Oncología María Curie de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y (2) se reclutaron 64 pacientes a través en redes sociales integrado por pacientes oncológicos. Todos respondieron de forma individual y voluntaria. Antes de llevar a cabo la administración, los pacientes debieron firmar un consentimiento informado. Se distribuyeron también ambos instrumentos junto a un demográfico, entregado en mano y se dieron instrucciones para completarlos.

Los datos fueron tratados con confidencialidad y anonimato de sus respuestas. La información que sólo recibieron los pacientes fue que se trataba de una investigación en la cual buscaba evaluar las estrategias de afrontamiento frente a una enfermedad oncológica y la espiritualidad (sin declarar la hipótesis del estudio). Finalmente, los datos fueron cargados y procesados mediante el paquete estadístico *SPSS 22*.

RESULTADOS

Se llevó a cabo un contraste de hipótesis sobre la normalidad de ambas variables mediante un análisis de Shapiro-Wilks. A partir de los valores obtenidos en dos de las tres variables, se asumió una distribución simétrica o normalizada de las puntuaciones de ambos instrumentos. En consecuencia, se decidió emplear para los análisis estadísticos, el test de *t* para comparar grupos y *r* de Pearson para correlacionar las puntuaciones de las escalas (ver Tabla 1).

TABLA 1: PRUEBA DE NORMALIDAD

Variables	*Shapiro-Wilk*	*Sig.*
EA Adaptativas	,91	,183
EA Desadaptativas	,97	,513
Religiosidad/Espiritualidad	,99	,003

TABLA 2: CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

Ocupación	
Ama de casa	37
Profesional (terciario)	15
Desempleado/*Part time*	10
Comerciante	9
Estudiante	7
Jubilada	6
Empleada	6
Otra ocupación	10
Estado Marital	
En pareja (conviviente)	64
Sin pareja actual	27
En pareja (no conviviente)	7
Convive con sus padres e hijos	2
Religión	
Católica	48
Cristiana no-denominacional	30
No denominacional	13
Filosofías orientales	6
Atea	3
Espiritualidad	
No soy espiritual	7

Soy un poco espiritual	27
Soy moderadamente espiritual	34
Soy muy espiritual	31
Soy extremadamente espiritual	1
Tipo de Cáncer	
Mama/Pecho	73
Utero	10
Cólon	5
Hepático	4
Pulmón	3
Glioblastoma	2
Otros	3
Tipo de Tratamiento	
Quimioterapia	93
Radioterapia	7

La H1 predice que aquellas pacientes que puntúan alto en religiosidad/espiritualidad tenderán a mostrar más estrategias adaptativas, lo cual se confirmó (r = .23; Sig. = .008), así como los factores Experiencia Espiritual Diaria (r = .26; Sig. = .003), Valores/Creencias (r = .28; Sig. = .002), Prácticas Privadas (r = .18; Sig. = .02) y Compromiso (r = .33; Sig. <.001). La H2 predice que aquellas pacientes que puntúan bajo en religiosidad/espiritualidad tenderán a mostrar más estrategias desadaptativas, la cual se confirmó en forma marginal (r = –.14; Sig. < .04), específicamente para los factores Perdón (r = –.20; Sig. = .02) y Compromiso (r = –.30; Sig. = .001) (ver Tabla 3).

TABLA 3: CORRELACION ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y RELIGIOSIDAD/ESPIRITUALIDAD

	EA Adaptativas		*EA Desadaptativas*	
	r de Pearson	*Sig.*	*r de Pearson*	*Sig.*
1. Experiencia Espiritual Diaria	,26	,003	-,14	n.s.
2. Perdón	,14	n.s.	-,20	,02
3. Valores/Creencias	,28	,002	,006	n.s.
4. Prácticas Privadas	,18	,02	-,06	n.s.
5. Afrontamiento	,14	n.s.	-,04	n.s.
6. Apoyo Social	,05	n.s.	-,09	n.s.
7. Compromiso	,33	< ,001	-,30	,001
Religiosidad/Espiritualidad	,23	,008	-,16	,04

Se llevó a cabo una correlación entre las estrategias de afrontamiento y religiosidad/espiritualidad con la edad y la espiritualidad. Se encontró una correlación positiva y significativa entre EA Adaptativas con la edad (r = .23; Sig. = .008). También se encontró una correlación positiva y significativa entre EA adaptativa con el grado de

espiritualidad (r = .25; Sig. = .004 y una correlación negativa y significativa entre EA adaptativa con el grado de espiritualidad (r = –.27; Sig. = .002). Todas las correlaciones entre la escala de religiosidad/espiritualidad estaban positivamente relacionadas con el grado de espiritualidad (r = .27 a .58, todas Sig. < .001) (ver Tabla 4).

TABLA 4: CORRELACION ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y RELIGIOSIDAD/ESPIRITUALIDAD CON LA EDAD Y LA ESPIRITUALIDAD

	Edad		*Espiritualidad*	
	r de Pearson	Sig.	*r de Pearson*	Sig.
EA Adaptativas	,23	,008	,25	,004
EA Desadaptativas	-,13	n.s.	-,27	,002
1. Experiencia Espiritual Diaria	,03	n.s.	,50	<,001
2. Perdón	-,02	n.s.	,43	< ,001
3. Valores/Creencias	-,06	n.s.	,27	< ,001
4. Prácticas Privadas	,07	n.s.	,49	< ,001
5. Afrontamiento	-,02	n.s.	,52	< ,001
6. Apoyo Social	,03	n.s.	,43	< ,001
7. Compromiso	,08	n.s.	,58	< ,001
Religiosidad/Espiritualidad	,03	n.s.	,575**	< ,001

Se comparólos tipos de cáncer agrupados por “mama/pecho” y “otrostipos de cáncer” (útero, cólon, hepático, pulmón, etc) con EA Adaptativa, EA desadaptativa y Religiosidad/Espiritualidad y sus factores. Se encontró que el cáncer de mama/pecho puntuó más alto en EA Adaptativo (y sus factores) en comparación con otros tipos de cáncer (t = 3,22; Sig. = .002) y que el cáncer de mama/pecho puntuó más bajo en EA desadaptativo (total) en comparación con otros tipos de cáncer (t = 2,06; Sig. = .04). No se encontró ninguna diferencia para Religiosidad/Espiritualidad (ver Tabla 5).

TABLA 5: COMPARACION ENTRE TIPOS DE CANCER EN ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y RELIGIOSIDAD/ESPIRITUALIDAD

Variables	*Tipo de Cáncer*	*N*	*Media*	*DT*	*t*	*Sig.*
1. Enfrentamiento y lucha activa	Mama/pecho	73	30,49	3,54	3,12	,002
	Otros tipos	31	27,74	5,21		
2. Autocontrol y control emocional	Mama/pecho	73	21,86	3,56	2,12	,03
	Otros tipos	31	20,23	3,67		
3. Apoyo social	Mama/pecho	73	10,93	2,61	2,01	,04
	Otros tipos	31	9,81	2,61		
EA Adaptativas	Mama/pecho	73	63,29	7,51	3,22	,002
	Otros tipos	31	57,77	8,97		

4. Preocupación ansiosa	Mama/pecho	73	11,66	3,22	2,09	,03
	Otros tipos	31	13,10	3,12		
5. Pasividad y resignación pasiva	Mama/pecho	73	10,66	3,14	1,22	n.s.
	Otros tipos	31	11,48	3,15		
6. Huida y distanciamiento	Mama/pecho	73	5,07	1,55	1,37	n.s.
	Otros tipos	31	5,52	1,41		
7. Negación	Mama/pecho	73	5,07	1,55	1,37	n.s.
	Otros tipos	31	5,52	1,41		
EA Desadaptativas	Mama/pecho	73	32,45	7,28	2,06	,04
	Otros tipos	31	35,61	6,80		
1. Experiencia Espiritual Diaria	Mama/pecho	73	19,84	7,37	1,20	n.s.
	Otros tipos	31	17,90	7,81		
2. Valores/Creencias	Mama/pecho	73	3,89	1,27	0,18	n.s.
	Otros tipos	31	3,84	1,36		
3. Perdón	Mama/pecho	73	6,11	2,74	0,34	n.s.
	Otros tipos	31	5,90	2,82		
4. Prácticas Privadas	Mama/pecho	73	15,29	8,21	0,80	n.s.
	Otros tipos	31	13,81	9,27		
5. Afrontamiento	Mama/pecho	73	9,56	4,32	0,84	n.s.
	Otros tipos	31	8,74	5,03		
6. Apoyo Social	Mama/pecho	73	7,58	5,27	1,26	n.s.
	Otros tipos	31	6,23	4,80		
7. Compromiso	Mama/pecho	73	6,79	2,47	1,69	n.s.
	Otros tipos	31	5,90	2,68		
Religiosidad/Espiritualidad	Mama/pecho	73	67,37	24,77	1,16	n.s.
	Otros tipos	31	60,81	28,26		

Se comparó la Religión en EA Adaptativas/Desadaptativas y la Religiosidad/Espiritualidad. Aunque no se encontró diferencia en EA Adaptativas/Desadaptativas, sin embargo, se encontró que el grupo "cristiano no-denominacional" puntuó más alto en Religiosidad/Espiritualidad en comparación con otros grupos t (82,27) = 12,55; Sig. < .001) (ver Tabla 6).

TABLA 6: COMPARACION ENTRE TIPOS DE CANCER EN ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y RELIGIOSIDAD/ESPIRITUALIDAD

Variables	*Religión*	*N*	*Media*	*DT*	*F*	*Sig.*
	Católico	48	61,42	8,16		
	Cristiano no denominacional	30	62,53	7,72		

EA Adaptativas	Filosofías orientales	6	56,83	3,65	1,17	n.s.
	Ateo	7	58,57	8,94		
	No denominacional	13	64,31	10,84		
EA Desadaptativas	Católico	48	33,38	6,52		
	Cristiano no-denominacional	30	31,17	7,54		
	Filosofías orientales	6	36,67	6,83	1,61	n.s.
	Ateo	7	36,29	9,28		
	No denominacional	13	35,54	7,55		
Religiosidad/ Espiritualidad	Católico	48	64,50	22,02		
	Cristiano no-denominacional	30	82,27	18,93		
	Filosofías orientales	6	65,33	11,14	12,55	< .001
	Ateo	7	23,14	21,19		
	No denominacional	13	52,69	27,62		

CONCLUSIONES

El objetivo general de este estudio fue evaluar las estrategias de afrontamiento al estrés y su relación con el grado de religiosidad/espiritualidad en pacientes oncológicas mujeres, más específicamente, relacionar los estilos de afrontamiento al estrés (adaptativos y desadaptativos) con el grado de religiosidad/espiritualidad; comparar tipos de cáncer y el tratamiento médico en estrategias de afrontamiento y religiosidad/espiritualidad, y comparar la identidad religiosa en estrategias de afrontamiento y religiosidad/espiritualidad.

Los resultados mostraron que aquellas pacientes oncológicas que muestran un alto índice de creencias y prácticas asociadas a su religión, o bien dedica tiempo y recursos a la espiritualidad, tienden a afrontar el estrés/depresión asociados a su enfermedad con lucha activa, mantiene mayor control emocional y busca de apoyo social (estrategias adaptativas), sobretodo en el contexto religioso. En otras palabras, las pacientes con estrategias adaptativas se muestran más empáticas con la experiencia espiritual cotidiana, en términos de una "conexión" del paciente con un ser superior o divino (por ej. "Siento la presencia de Dios"), sostener su confianza en la presencia de valores religiosos y creencias, la práctica privada a través de la oración y la lectura de literatura religiosa, así como su compromiso en la participación pública de actividades religiosas.

Sin embargo, estas pacientes también mostraron que el perdón (hacia sí mismas o hacia otros) y el compromiso con el culto producían efectos sobre sus formas desadaptativas, como la preocupación ansiosa, la resignación pasiva, el distanciamiento y la negación. En otras palabras, la enfermedad puede desplegar estrategias tanto adaptativas como desadaptativas en relación con el culto religioso, induciendo tanto la necesidad de apoyo social y la conexión espiritual, y a la vez, conductas evitativas con la práctica religiosa incluso sentimientos de culpabilidad por su enfermedad (que en el ámbito religioso puede ser pensado como un castigo de Dios por sus pecados).

Finalmente, estos resultados también mostraron que las mujeres adultas desplegaron más estrategias de afrontamiento adaptativas, pero no mayor religiosidad/espiritualidad. Además, todas las correlaciones entre religiosidad estaban positivamente relacionadas con el grado de espiritualidad, lo cual es muy obvia, pero sirve para testear la confiabilidad interna de la escala de religiosidad/espiritualidad. Por otra parte, debido a que el tipo de cáncer más frecuente en esta muestra es la de mama/pecho en comparación con otros tipos (útero, cólon, hepático, pulmón, etc.), se encontró que este tipo de patología muestra mayoritariamente más capacidad de afrontamiento en comparación con otros tipos de cáncer, pero la religión no se encontró relacionada con esta patología (posiblemente porque es el tipo de cáncer que encuentra tratamiento clínicamente menos invasivo). Se observó que las prácticas religiosas estaban predominantemente asociadas al grupo "cristiano no-denominacional" (integrado particularmente por evangelistas o cristianos no católicos), probablemente cuya disciplina y observación en sus prácticas religiosas es más "rigurosa" que otros cultos (como el catolicismo), lo cual podría caracterizar la alta espiritualidad de los pacientes.

Estos resultados guardan relación con las conclusiones de Gall, Charbonneau y Florack (2011), quienes manifestaron que la espiritualidad/religiosidad tienen implicaciones de tipo positivo en cuestiones referidas a la evolución, percepción y seguimiento del cáncer; también Mezquita et al. (2013) manifestaron que las mujeres con cáncer de mama que tienen un grado elevado de religiosidad, consideran a esta y a la espiritualidad como un determinante en lo que refiere al afrontamiento, haciendo que desarrollen estrategias consideradas positivas, mientras que las mujeres con este tipo de cáncer que no son religiosas tienen una tendencia a utilizar estrategias negativas. Otros aportes son los de Lagman, Yoo, Levine, Donell y Lim (2012) quienes reportan que la religiosidad/espiritualidad funcionaria como un recurso de afrontamiento, que ayudaría a las mujeres con cáncer a transitar la enfermedad de forma positiva (Duche, Paredes, Gutierrez &Roldán, 2020).

Para Mickley, Soeken y Belcher (1992) la religiosidad en las mujeres que atraviesan un proceso de enfermedad de este tipo funciona como un recurso de afrontamiento, esta religiosidad de la que hablan los pensadores no se centra en una estructura con valores religiosos sino que se trata de una religiosidad en términos de bienestar subjetivo; otros hallazgos que coinciden son los de Cotton, Levine, Fitzpatric, Dolda y Targ (1999) quienes señalaron que la calidad de vida y el bienestar tiene una correlación positiva y esto guarda relación con el ajuste psicológico también conocido como ajuste mental al cáncer, el cual hace referencia a la diferentes formas de afrontamiento ya nombradas en este trabajo que son espíritu de lucha, desamparo/desesperanza, fatalismo, preocupación ansiosa y evasión cognitiva, lo que demuestra la estrecha relación entre ajuste psicológico y espiritualidad.

Futuros estudios deben examinar otras variables, como la resiliencia que es entendida como la adaptación positiva en un contexto de adversidad ya que esta podría tener efecto junto con la espiritualidad sobre el afrontamiento en el marco del cáncer, también la calidad de vida para verificar si existe una correlación positiva y significativa entre ambas en lo que refiere a un contexto como este, e incluso se podría evaluar otro tópico como es el nivel de adaptación ya que todo se planteó en este trabajo todo el proceso dela enfermedad genera estresores y la manera de afrontarlos puede influenciar en la adaptación en lo que refiere a la enfermedad oncológica.

Por último, en relación a mi autocrítica sobre este estudio, esta se centra en la muestra, la primera crítica hace referencia al número de la misma, ya que se trató de una muestra pequeña y la segunda crítica se vincula el gran porcentaje de mujeres con cáncer de mama y la falta de mujeres con otras clases de cáncer.

REFERENCIAS

Abrams, R. (1971). Denial and depression in the terminal patient. *Psychiatric Quarterly, 45*, 394-404.

Acosta, E., Lopez, C., Martinez, M., &Zapata, R. (2017). Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *Horizonte Sanitario, 16*, 140-148.

Alarcon, A. (2006). *Manual de Psicología*. Ariel.

Alcalar, N, Ozkan S, Kucucuk, S, Aslay I., & Ozkan, M. (2012). Association of coping style, cognitive errors and cancer-related variables with depression in women treated for breast cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology, 42* (10),940-947.

Alcorn, S., Balboni, M., Prigerson, H., Reynolds,A., Phelps, A., Wright, A.,Block, S., Peteet, J., Kachnic, L., & Balboni, T., (2010) "If god wanted me yesterday, I wouldn't be here today": Religious and spiritual themes in patients´experiences of advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine, 13*(5), 581-588.

Allport, G. (1950). *The individual and his religión: A psychological interpretation*. MacMillan.

Almanza, M. &Holland, J., (2000). Psicooncología, estado actual y perspectivas futuras. *Revista Instituto Nacional de Cancerología, 46* (3), 196-206

Almonacid, V. (2014). Psicoterapia en cáncer de mama. Propuesta y resultados de un programa estructurado.*Psicooncología*, 11(1), 183.

Ameling, A. (2000). Prayer: an ancient healing practice becomes new again. *Journal Holistic Nursing Practice*, 14: 40-8.

American Federation of Clinical Oncologic Societies (1998). Access to quality cancer care: Consensus Statement. *Journal of Clinical Oncology*, 16 (4), 28-30.

Antayhua, A., Meneses, M. (2015). Espiritualidad en pacientes de cuidados paliativos de un hospital nacional. *Cuidados y Salud, 2*(2), 203-212.

Antonovsky, A. (1981) Factores saludables en el trabajo: el sentido de coherencia. En: Kalimo, R., El-Batawi, M., &Cooper, C. (Eds.),*Los Factores Psicosociales en el Trabajo y su relación con la salud*(pp. 151-163). Organización Mundial de la Salud.

Aresca, L. (2004). *Psicooncología: Diferentes miradas*. Lugar.

Astin, J., Harkness, E., &Ernst, E. (2000).The efficacy of "distant healing" a systematic review of randomized trials. *Annals of Internal Medicine, 132*(11), 903-910.

Avants, S., Beitel, M., &Margolin, A. (2005). Making the shift from 'addict self' to 'spiritual self'. Results from a Stage 1 study of *Spiritual Self Schema* (3-S) therapy for the treatment of addiction and HIV risk behavior. *Mental Health, Religion, and Culture,* 8(3), 167-177.

Azhar, M., &Varma, S. (1995).Religious psychotherapy in depressive patients.*Psychotherapy and Psychosomatics, 63*, 165-173.

Azhar, M., Varma, S., &Dharap, A. (1994). Religious psychotherapy in anxiety disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 90*(1), 1-3.

Baiocchi, A., Lugo, E., Palomino, N., Tam-Phun, E. (2013). Estilos de afrontamiento en pacientes con cancer de cuello uterino. Servicio de ginecología de un instituto nacional. *Revenferm Herediana*, 6 (1), 18-24.

Balboni, T., Vanderwerker, L., Block, S., Paulk, M., Lathan, C., Peteet, J., Prigerson, H., (2007). Religiousness and Spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*(No. 2585), 555-560.

Barboza F., &Forero.M. (2011).Ansiedadydepresiónenpacientesconcáncerdesenoysu relaciónconlaespiritualidad/religiosidad. Análisispreliminardedatos.*Revista de Psicología Universidad de Antioquía, 3*(1),7-27.

Beca, J. (2008). El cuidado espiritual del enfermo como responsabilidad del profesional de la salud. *Ética de los Cuidados, 1*(1), 3.

Beit-Hallahmi, B. &Argyle,M. (1997). *The psychology of religious behavior, belief and experience*.Routledge.

Benito, E., Barbero, J., Dones, M. (2015). Espiritualidad en Clínica, una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. *Psicooncología, 12*(1), 195-196.

Benson, H., &Klipper, M.(2000*). The Relaxation Response*. Harper Collins Publishers.

Brannon, L., &Feist, J. (2001). *Definicion y medicion del estrés.*Thompson Learning.

Breitbart, W. (2002). Spirituality and meaning in supportive care: spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care Cancer,10*(4), 272-280.

Brown, R., Gerbarg, P., (2005). SudarshanKriya breathing in the treatment of stress, anxiety and guideline. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11 (4), 711-717.

Bryant, T., &Wong, E. (2013). Faith to move mountains: Religious coping, spirituality, and interpersonal trauma recovery. *American Psychologist,* 68(8), 675-684.

Burris, C. T. (1999). Religious orientation scale. En Hill, P.&Hood, R. (Eds.), *Measures of religiosity* (pp. 144–154). Birmingham, AL: Religious Education Press.

Cabrera, Y., Lopez, E., Lopez, E., Arredondo, B. (2017). La psicología y la oncología: es una unidad imprescindible. *Revista Finlay,7*(2), 115-127.

Caro de Pallares, S., (2004). Abordaje de la necesidad espiritual en la relación deayuda. Barranquilla-Colombia: Red de Revistas Científicas de América Latina, elCaribe,EspañayPortugal. *RevistaCientíficaSaludUninorte*, 18,3-7.

Carver, C., Scheier, M., &Weintraub, J. (1989). Assesing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.

Cassileth, B. (2003). El servicio de medicina integrada en el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center.*Seminary of Oncology*, 6 (5), 04-07.

Castillo, R., Marván, M., Galindo, O., &Landa, E. (2017). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama: una revisión narrativa. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 8 (1), 35-41.

Ceballos, G., Echeverri, A., Jiménez, M. (2014). Uso de estrategias de afrontamiento de los pacientes con VIH y el cáncer en una clínica privada de Santa Marta-Colombia. *Revista Facultad de Salud*, 6 (1), 27-33.

Chiclana, C.(2014).Integracióndeespiritualidadypsicoterapia.*Interpsiquis*,1-14.

Coe, G. A. (1900). *The spiritual life: Studies in the science of religion.*Eaton &Mains.

Cohen, A. (2015). Las influencias profundas de la religión en la psicología: moralidad, relaciones intergrupales, autoconceptuación e inculturación. Current Directions in *Psychological Science*, 24(1), 77-82.

Cohen, F., &Lazarus, R. (1979).Coping with the stress of illness. En G. C. Stone, F. Cohen, &N. Adler (Eds.). *Health psychology: A handbook* (pp. 140–168). Jossey-Bass.

Cole, B. (2005). Spiritually-focused psychotherapy for people diagnosed with cancer: A pilot outcome study. *Mental Health, Religion and Culture*, 8(3), 217-226.

Contrada, R., Goyal, T., Cather, C., Rafalson, L., Idler, E., &Krause, T. (2004). Psychosocial factors in outcomes of heart surgery: the impact of religious involvement and depressive symptoms. *Health Psychology, 23,* 227-238.

Cook, C.(2004). Addiction and spirituality. *Addiction,* 99 (5), 548-549.

Coward, D., &Kahn, D. (2005).Transcending breast cancer: making meaning from diagnosis and treatment. *Journalof Holistic Nursing*,23 (3), 264-283.

Cruzado, J. (2003). La formación en Psicología. *Psicooncología,*11 (1), 9-19.

Dalmin C., Crystal, L., &Thomas, B. (2013). Emotional approach coping: Gender differences on psychological adjustment in young middle-age cancer survivors. *Psycology &Health,* 28 (8), 1-21.

De Haro, M., Gallardo, L., Martínez, M., Camacho, N., Velázquez, J., &Paredes, E. (2014). Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de recién diagnóstico. *Psicooncología*, *11*(1), 87-99.

Delaney, C., Barrere, C. (2008). Blessings: the influence of a spirituality-based intervention on psychospiritual outcomes in a cardiac population. *Holistic Nursing Practice, 22*(4), 210-219.

Deurr, M. (2004).*A powerful silence: The role of meditation and other contemplative practices in American life and work.* Northampton, England: Center for Contemplative Mind in Society.

Díaz, E., Salazar, L., Santa Cruz, E. (2014). Afrontamiento de pacientes con cáncer en tratamiento con quimioterapia en el servicio de oncología de un hospital de Chiclayo 2013. *Revista Salud y Vida Sipanense, 1*(2), 36-51.

Duche, A., Paredes, F., Gutierres, O., &Roldan, K. (2020). Religiosidad y espiritualidad en mujeres con cáncer de mama: Revisión integrativa de la literatura. *Centro Sur*, 5(2), 22-39.

Dunkel, C., Feinstein, L., Taylor, S., &Falke, R. (1992). Patterns of coping with cancer.*Health Psycholo*gy, 11(2), 79-87.

Espiritualidad (s.f.) Real Academia Española. Recuperado de https://www.rae.es

Estadísticas-Incidencia. (s.f). Argentina. Recuperado el 10 de mayo de 2020 de https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia

Estrada, J. A. (1992). *La espiritualidad de los laicos*.Cristiandad.

Exline, J. (2013). Religious and spiritual struggles. En Pargament, K., Exline, J., &Jones, J. (Eds.), *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol. 1: Context, theory, and research)* (pp. 459-475). Washington, DC: American Psychological Association.

Exline, J., &Rose, E. (2005).Religious and spiritual struggles. En Exline, J., &Rose, E. (Eds.),*Handbook of the psychology of religion and spirituality*, 315-330.The Guilford Press.

Falkum, E., Olff, M., Aasland, O. (1997). Revisiting the factor structure of the Ways of Coping Checklist: A three-dimensional view of the problem-focused coping scale:

A study among Norwegian physicians. *Personality and Individual Differences*, 22(2), 257-67.

Feher, S., &Maly, R. C. (1999).Coping with breast cancer in later life: The role of religious faith 1. *Psycho‐Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, *8* (5), 408-416.

Ferrater, M. (1975). *Diccionario de filosofía (Vol. 3).* Sudamericana.

Finck, C., &Forero, M. J. (2011).Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de seno y su relación con la espiritualidad/religiosidad. *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquía*, 3(1), 7-27.

Flannelly, K., Ellison, C., &Strock, A.(2004). Methodologic issues in research on religion and health.*Southern Medical Journal*, *97*(12), 1231-1241.

Florenzano, R. (2010). Religiosidad y salud mental: ¿amigos o enemigos?*Revista del GPU*, *6*(2), 221-229.

Flórez, J. (1999) *Personalidad, estrés y cáncer: Una aproximación ética e integral en la asistencial*. Zeneca Farma.

Font, A., Reventós, P. &Falo, C. (2020). Afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama: Estudio preliminar de semejanzas y diferencias entre pacientes con y sin metástasis. *Psicooncología*, *17*(1), 179-194.

Font, J. (1999). *Religión, psicopatología y salud mental: introducción a la psicología de las experiencias religiosas y de las creencias.* Paidós.

Font, A., Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamiento, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología, 6*(1), 27-42.

Franco, A., Ortiz, E. (2019). Espiritualidad, calidad de vida y síntomas de ansiedad y depresión en mujeres con cáncer. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 1*(1), 53-59.

Frankl, V. (1965). *Psicoanálisis y existencialismo*. Fondo de Cultura Económica.

Frankl, V. (2003). *Ante el vacío existencial.* Herder

Fromm, E. (1980). *El arte de amar*. Paidós.

Fuentes, L. (2018). La religiosidad y la espiritualidad ¿Son conceptos teóricos independientes?*Revista de Psicología, 14*(28), 109-119.

Galindo, O, Valadez, L., Álvarez, M., González, C., Robles, R., Alvarado, S. (2011). Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento: Experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de México. *Gaceta Mexicana de Oncología,* 10 (3), 123-128.

Gall, T., Charbonneau, C., Florack, P. (2011). The relationship between religious/spiritual factors andperceivedgrowthfollowingadiagnosisofbreast cancer.*Psychologyand Health,26*(3), 287–305.

Gallardo, L., Cuadra, A., Veloso, C. (2018). Validación de un *Índice Breve de Religiosidad y Espiritualidad* en personas mayores. *Revista de Psicología*, *27*(1), 1-13.

Gallego, S., De los Bueis, F., Ortega, A., Antonín, P., Serra, C., Revuelto, A., Cuidad, E., Álvarez, M. (2016). Contribuciones y confusiones de la espiritualidad en salud mental.*Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, *12*(4), 353-358.

Galvis, M., Pérez, B. (2011). Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer. *Aquichan*, 11(3), 256-273.

Gamarra, S. (1994). *Teología espiritual*. Biblioteca de Autores Cristianos.

Gangdev, P.(1998). Faith-assisted cognitive therapy of obsessive compulsive disorder.*Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32 (4), 575-578.

Garay, J., Moysen, A., Esteban, J., Balcázar, P., Gurrola, G. (2012). Acontecimientos productores de estrés en pacientes oncológicos. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 1 (2), 46-57.

García, A., Avila, M., Retes, R., Guerra, E., &Pastor, J. (2016). Propiedades psicométricas del cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO). *Psicooncología*, *13* (2/3), 271.

Gargiulo, M. (2020). Límites y problemas de la delimitación epistémica entre espiritualidad y religión: Una lectura crítica de *Las variedades de la experiencia religiosa* de James. *Revista de Historia de la Psicología, 41*(1), 38-47.

Gimeno, A. (2020). Psicología y psicoterapias transpersonales. Reflexiones y propuestas. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 5-41.

Gioiella, M, Berkman, B., Robinson, M., (1998). Spirituality and quality of life in gynecologic oncology patients.*CancerPractice*, 6(6), 33-338

Girard, G. (2007). Espiritualidad: ¿Promueve la resiliencia? En M. Munist, E. Suarez, D. Krauskopf, &T. Silber (Eds), *Adolescencia y Resiliencia*(pp. 139-121). Paidós.

González, J. (2017). Integrando la espiritualidad en la consejería profesional y la psicoterapia: Modelo multidimensional de conexión espiritual. *Revista Griot, 10* (1), 56-69.

González, M. (2015). Análisis de un instrumento de evaluación del afrontamiento del stress en sujetos con cáncer. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, *13*(25), 35-49.

González, M. (2015). *Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos*. TEA Ediciones.

González, T. (2004). Las creencias religiosas y su relación con el proceso de salud-enfermedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7(2), 19-29.

Gracia, E., Herrero, J., &Musitu, G. (2002). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad.* Síntesis.

Guirao, J. (2013). La espiritualidad como dimensión de la concepción holística de salud. *Revista de Enfermería, 7*(1), 1-8.

Gutierrez, F., Peri, J., Torres, X., Caseras, X., Valdés, M.(2007).Three dimensions of coping and a look at their evolutionary origin.*Journal of Research in Personality*,*41*(5), 1032-1053.

Gutiérrez, G. (1990). *Teología de la liberación*. Sígueme.

Hack.T., &Degner, L. (2004). Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psycho-Oncology,13*(4), 235-247.

Hall, G.(1904). *Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*. Appleton.

Hall, G. (1917). Practical relations between psychology and the war. *Journal of Applied Psychology, 1*(1), 9.

Hebert, R., &Jenckes, M. (2001).Patient perspectives on spirituality and patient-physician relationship.*Journal of General Internal Medicine*, 159(19), 2273-2278.

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.

Hernandez, D., Perez, Y., Guerra, V., Treto, Á, &Grau, R. (2013). Particularidades de la ansiedad en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, *10* (2), 567-578.

Herrera, S., Luna, D., Solano, G. (2019). Psicoterapia breve para pacientes que sufren cáncer de mama. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 10 (1), 49-62.

Hirschberger, J. (1991). *Historia de la Filosofía Vol. 1: Antigüedad, Edad Media y Renacimiento*.Herder.

Hodges, D., &Horvath,V.(2011).Spiritualneedsinhealthcaresettings:Aqualitativemeta-synthesis of clients' perspectives. *Social Work,56* (4), 306-316.

Hodges, S. (2002). Mental health, depression, and dimensions of spirituality and religion.*Journal of Adult Development*, 9, 109-115.

Hodges, S., Humphreys, S., &Eck, J. (2002). Effect of spirituality on successful recovery from spinal surgery. *Southern Medical Journal*, 95 (12), 1381-1385.

Holahan, C., Moos, R., &Brennan, P. (1997). Social context, coping strategies, and depressive symptoms: An expanded model with cardiac patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72 (4), 918-928.

Holland, J. (2007). History of Psychooncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Medicine Psychosomatic*, 64 (2), 206- 221.

Holland, J. (2001). Improving the human side of cancer care: psycho-oncology's contribution. *Cancer Journal, 7*(6), 458-471.

Holland, J. (2002). History of Psychosomatic: Overcoming Attitudinal and onceptual barriers. *Medicine Psychosomatic*, 64 (2), 206-221.

Instituto Nacional de Cáncer(2015, 9 de febrero).¿Qué es el cáncer? Recuperado de https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es

Irurzun, J., Mezzadra, J., Preuss, M. (2017). Resiliencia y espiritualidad. Aportes para su estudio desde la perspectiva psicológica. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación Mente Clara*, 2(2), 205-216.

James, W. (2002). *Las variedades de la experiencia religiosa.*Península.

Jenkins, R., &Pargament, K. (1995).Religion and spirituality as resources for coping with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology, 13*(1-2), 51-74.

Jiménez, J. (2005). La espiritualidad, dimensión olvidada de la Medicina. *Revista Gaceta Universitaria, 1* (1), 92-101.

Johnson, K., Tulsky, J., Hays, J.,Arnold, R., Olsen, M.,Lindquist, J., &Steinhauser, K. (2011). Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness?*Journal of General Internal Medicine, 26*(7), 751-758.

Johnson, S., &Spilka, B. (1991).Coping with breast cancer: The roles of clergy and fait. *Journal of Religion and Health*,30(1), 21-33.

Jung, C. (1933). *Modern man in search of a soul.* Harcourt Brace Jovanovich.

Jung, C. (2008). *Acerca de la psicología de la religión occidental y de la religión oriental.* Trotta.

King M (2014). El desafío de las investigaciones sobre la religión y la espiritualidad. En I. Rodríguez (Ed). *Espiritualidad y Salud Integral* (pp. 189-204). Monte Carmelo.

Kissane, D., Bloch, S., Miach, P., Smith, G., Seddon, A., &Keks, N. (1997). Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer-techniques and themes.*Psychooncology,6*(1), 25-33.

Koenig, H. (2004). Religion, spirituality, and medicine: Research findings and implications for clinical practice. *Southern Medical Journal*, 97(12), 1194-1200.

Koenig, H. (2004). Spiritually, wellness, and quality of life.Sexuality, reproduction and menopause, *2*(2), 76-82.

Koenig, H. (2008). Concerns about measuring "spirituality" in research. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *196*(5), 349-355.

Koenig, H. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Canadian Journal of Psychiatry, 54*(5), 283- 291.

Koenig, H. (2012). *Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications*. International Scholarly Research Network.

Koenig, H., &Pritchett, J. (1998). Religion and psychotherapy. En H. Koenig (Ed.), *Handbook of Religion and Mental Health* (pp. 323–336).Academic Press.

Koenig, H., George, L. &Siegler, I. (1988).The use of religión and other emotion-regulating coping strategies among older adults.*The Gerontologist*, 28 (3), 303-310.

Koenig, H., McCullough, M., &Larson, D. (2001).Religion and health. *New York, NY: Oxford University Press Inc*, *1*, 276-291.

Koening, H. (2010). Spirituality and mental health. *InternationalJournal of Applied Psychoanalytic Studies*, 7(2), 116-122.

Krause, N. (2003). Religius meaning and subjective well-being in late life.*Journals of gerontology. Series B: Psychological Science and Social Sciences*, 58, 160-170.

Lagman, R., Yoo, G., Levine, E., Donnell, K., &Lim, H. (2014). "Leaving it to God" religion and spirituality among Filipina immigrant breast cancer survivors. *Journal of religion and health*, *53*(2), 449-460.

Lazarus, R. &Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos.* Martínez Roca

Lazarus, R. (2006). *Coping with anging.* Oxford University Press.

Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the Coping process*. McGrawHill.

Lazarus, R. &Launier, R. (1978).*Stress-related transactions between person and environment*. En L.A. Pervin &M. Lewis (Eds.),*Perspectives in lnteractional Psychology* (pp. 287-327). Plenum.

Lee, M., Nezu, A.,&Nezu, C. (2014). Positive and negative religious coping, depressive symptoms, and quality of life in people with HIV. *Journal of Behavioral Medicine, 37*(5), 921-930.

Lenoir, F. (2005). *La metamorfosis de Dios. La nueva espiritualidad occidental*.Alianza.

Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E., &Patrick-Miller, L. (1997). Illness representations: Theoretical foundations. En J. A. Petrie (Ed.), *Perceptions of health and illness: Current research and applications* (pp. 19–45). Singapore: Harwood Academic.

Levin, J., Chatters, L., &Taylor.(2006). Religious factors in health and medical care among older adults.*Southern Medical Journal, 99*(10), 1168-1169.

Llull, D., Zanier, J., García, F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF*, 8(2), 175-182.

Macías, M., Madariaga, C., Valle, M., Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe, 30*(1), 123-145.

Maltby, J., &Day, L. (2000). Depressive symptoms and religious orientation: Examining the relationship between religiosity and depression within the context of other correlates of depression. *Personality &Individual Differences, 28*(2), 383-393.

Mari, J., &Williams, P. (1986).A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo.*British Journal Psychiatry, 148*(1), 23-26.

Markides, K., Levin, J., &Ray, L. (1987). Religion, aging and life satisfaction: an eight-year-wave longitudinal study. *Gerontologist, 27*(5), 660-665.

Marrone, R. (1999). Dying, mourning and spirituality: A psychological perspective. *Death Studies*, 23, 495-519.

Martínez, M. (2006). El estudio científico de las fortalezas trascendentales desde la *Psicología Positiva. Clínica y Salud*, *17*(3), 245-258.

Martínez, M. (2009).*Afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos.*Unidad Docente Multidisciplinaria de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de Minatitlán.

Martínez, M., Méndez, C., Ballesteros, B. (2004). Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al Centro Javeriano de Oncología. *Universitas Psychologica, 3*(2), 231-246.

Matías, J., &Lorca, G. (2007). Cáncer y Psicología. En A. Velázquez, M. García, S. Alvarado, J. Ángeles (Eds). *Gaceta Mexicana de Oncología* (pp. 73-82). Donaide.

Matías, J., Manzano, M., Montejo, A., Llorca, G., Carrasco, J. (1995). Psicooncología: Ansiedad. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines, 23*(6), 305-309.

McCullough, M., Hoyt, W., Larson, D., Koenig, H., &Thoresen, C. (2000). Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology, 19*(3), 211-222.

Medina, X., Alvarado, S., (2011). Psicooncología. *Revista Médica HJCAIESS,3*(2), 190-196.

Mendoza, B., Fuenmayor, M., Meneses, S., & Vargas, E. (2019). Nivel de espiritualidad de pacientes con cáncer de mama. *Revista Venezolana de Enfermería y Ciencias de la Salud, 12*(1), 31-42.

Mera, P., &Ortiz, M. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Terapia Psicológica, 30*(3), 69-78.

Mikulic, I., Crespi, M. (2008). Adaptación y validación del Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moos (CRI-A) para adultos.*Anuario de Investigaciones,*15, 305-312.

Miller, W., Thoresen, C., (2003). Spiritually, religion and health: An emerging research field. *American Psychologist,* 58(1),24-44.

Mitchell, A., Ferguson, D., Gill, J., Paul, J., & Symonds, P. (2013). Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet: Oncology, 14*(8), 721-732.

Monod, S., Brennan, M., Rochat, E., Martin, E., Rochat, S., & Büla, C. (2011). Instruments measuring spirituality in clinical research: A systematic review. *Journal of general internal medicine,26*(11), 1345-1357.

Montiel, V., Alvarez, O., Guerra, M. (2016). Afrontamiento a la enfermedad en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista Científica Villa Clara,20* (2), 11-117.

Montoya, D., &Vergara, B. (2009). Una mirada al impacto, reacciones emocionales y estilos de afrontamiento de los pacientes con cáncer. *Pensando Psicología, 5*(8), 101-107.

Montserrat, A., Torrico, E., Remesal, R. (2012). Afrontamiento en hombres operados de cáncer de laringe. *Anales de Psicología,28*(3), 753-762.

Moorey, S., &Greer, S.(1989): *Psychological Therapy for patients with cancer: A new approach*. Heinemann Medical Books.

Moos, R. (1993).*Coping Responses Inventory Psychological Assessment Resources*. Florida.

Moritz, S., Quan, H., Rickhi, B., Liu, M., Angel, M., Vintila, R., Sawa, R., Sorianao, J., &Toews, J. (2006).A home study-based spirituality education program decreases emotional distress and increases quality of life: A randomized, controlled trial. *Alternative Therapy Health Medicine*, *12*(6), 26-35.

Muñoz, M., &Bernal, P.(2016). Abordaje de la ansiedad en pacientes diagnosticados con cáncer. *Psicooncología, 13*(2-3), 227-248.

Murray, N., &Pargament, K. (2005). God, where are you?: Evaluating a spiritually-integrated intervention for sexual abuse. *Mental Health, Religion &Culture,8*, 191-203.

Navas, C., Villegas, H, Hurtado, R., Zapata, D. (2006). La conexión mente-cuerpo-espíritu y su efecto en la promoción de la salud de pacientes oncológicos. *Revista Venezolana de Oncología*, *18*(1), 28-37.

Navas, C., Villegas, H. (2006). Espiritualidad y salud. *Revista Ciencias de la Educación,* 1 (27), 29-45.

Nelson, M. (2013). La función de la religión en la vida de las personas según la psicología de la religión. *Theologica Javeriana,* 63(176), 429-459.

Núñez, P., Enríquez, D., Irarrázaval, M. (2011). La espiritualidad en el paciente oncológico: una forma de nutrir la esperanza y fomentar un afrontamiento positivo a la enfermedad. *Arayu, 10*(5), 84-100.

Ojeda,S., Martínez, C. (2012). Afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. *Revenferm Herediana*, *5*(2), 89-96.

Oliveros, E., Barrera, M., Martinez, S., Pinto, T., (2010). Afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer. *Revista de Psicología GEPU,1* (2), 19-29.

Oman, D.&Thoresen, C. E. (2005). Do religion and spirituality influence health. En R. Paloutzian&C. Park (Eds.) *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* (pp. 435-459).The Guilford Press.

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Prevención de las enfermedades crónicas*: *Una inversión vital*.WHO global report. Organización Mundial de la Salud. (Febrero de 2011). *Cáncer.* Nota descriptiva N. 297.

Ornelas, R., Tufiño, M., Sierra, A., Guerrero, O., Rosas, A., Sánchez J. (2013). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: Análisis de la Escala COPE Breve. *Revista Psicología y Salud*, *23*(1), 55-62.

Ortega, A., & Salanova, M. (2016). Evolución de los modelos sobre el afrontamiento del estrés: hacia el coping positivo. *Ágora de Salut*,***3***, 285-293.

Osler, W. (1910).The faith that heals. *British Medical Journal*, *1*(2581), p. 1470.

Palacios, X. (2003). *El rol del Psicólogo en la Oncología*. Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento.

Pallini, A., Ottati, F., Cremasco, G., Cunha, F. (2019). Percepciones de espiritualidad de los pacientes con cáncer: Un estudio cualitativo. *Revista Psicología para América Latina*, 32, 169-179.

Paloutizian R, Ellison C. (1982). Loneliness, spiritual wellbeing and the quality of life.*Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*, 1, 224-235.

Paloutzian, R. (2017). *Invitation to the psychology of religion, 3rd ed*. The Guilford Press.

Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982).Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. En Peplau, L., & Pelman, D. (Eds.) *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 224-237). Wiley.

Pargament, K. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice.*Guilford Press.

Pargament, K., &Saunders, S.(2007). Introduction to the special issue on spirituality and psychotherapy. *Journal ofClinical Psychology*, *63*, 903–907.

Pargament, K. &Brant,C. (1998). Religionand coping. En H. Koenig (ed). *Handbook of Religionand Mental Health*(pp. 112-129). Academic Press.

Pargament, K., Smith, B., Koenig, H., Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors.*Journalof Scientific Study Religion*, 37(4),710-724.

Park, C., &Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping.*Review of General Psychology*, l (2), 115-144.

Pascual, A., Conejero, S., &Etxebarria, I. (2016). Coping strategies and emotion regulation in adolescents: Adequacy and gender differences. *Ansiedad y Estrés*, 22(1), 1-4.

Pastells, P., &Font A. (2014). Optimismo disposicional y calidad de vida en mujeres con cancer de mama. *Psicooncología, 11*, 19-29.

Payan,E., Vinaccia, S.,Japcy, M., (2011). 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.

Pearlin, L. &Schooler, C. (1978).The structure of coping.*Journal of Health and Social Behavior,19*, 2-21.

Pelechano, V.(2000). *Psicología sistemática de la personalidad*. Ariel.

Peres, J., Simão, M., &Nasello, A.(2007). Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Archives of Clinical Psychiatry, 34*, 136-145.

Perez de Alberniz, A., &Holmes, J. (2000).Meditation: concepts, effects and uses inn therapy. *International Journal of Psychotherapy,5*(1), 49-58.

Pérez, C., Morales, H., Wetzell, M. (2002). Estilos de afrontamiento y estatus performance en un grupo de pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista de Psicología de la PUCP, 20*(1), 94-130.

Peterson, C., &Seligman, M. (2004).*Character strengths and virtues: A handbook and classification.* American Psychological Association.

Post, B, &Wade, N.(2009). Religion and spirituality in psychotherapy: A practice-friendly review of research. *Journal of Clinical Psychology,65*(2), 131-146.

Pressman, P. Lyons, J., Larson, D., &Strain, J. (1990).Religious belief, depression and ambulation status in elderly women with broken hips.*American Journal of Psychiatry*, *147*(6), 758-760.

Principe, W. (1983).Toward defining spirituality.*Studies in Religion*, 12(2), 127-141.

Propst, R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T., &Mashburn, D. (1992).Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals.*Journal of Consulting and Clinical Psychology,60*(1), 94-103.

Puchalski, C. (2012). Spirituality in thecancertrajectory.*Annals of Oncology, 29*(3), 49-55.

Quinceno, J., &Vinaccia, S. (2008). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad.*Perspectivas en Psicología*, 5(2), 321-336.

Reed, P. (1991).Spirituality and mental health in older adults.Extant knowledge for nursing.*Family Community Health*, *14*(2), 14-25.

Reich, M., &Remor, E. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y variablespsicosociales: caracterizacióndeunamuestrademujeresuruguayas con cáncer de mama. *Psicooncología,8*(2-3), 453-471.

Reyes, M., De Lima, L., Taboada, P, Villaroel, Vial, J., Blanco, O, Gonzalez, R., Parra, I., Toledo, G., Bonati, P., & Nervi, F. (2017). Escala numérica para evaluar síntomas espirituales en cuidados paliativos. *Revista Médica de Chile, 145*, 747-754.

Rice, P. (1999). *Stress and health*. Brooks/ Cole.

Richards, P., &Bergin, A. (2005).*A spiritual strategy for counseling and psychotherapy.* American Psychological Association.

Richards, P., Berrett, M., Hardman, R., & Eggett, D. (2006).Comparative efficacy of spirituality and cognitive groups for treating eating disorder inpatients.*Eating Disorders: Journal of Treatment and Prevention, 14*(5), 401-415.

Rivera, A., Montero, M. (2007), Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental,30*(1), 39-47.

Rivera, A., Montero, M. (2007). Ejercicio clínico y espiritualidad. *Anales de Psicología, 23*(1), 125-136.

Rivera, A., Montero, M., &Zavala, S. (2014). Espiritualidad, psicología y salud. *Psicología y Salud, 24*(1), 139-152.

Roca, M.(2013). *Psicología clínica: una mirada desde la salud humana*. Félix Varela.

Rodríguez, J., (1995). *Psicología social de la salud*. Síntesis.

Rodríguez, M. (2011). ¿Es la espiritualidad una fuente de salud mental o de Psicopatología? *Revista Psiquiatría, 34*, 2-19.

Rodríguez, M., Fernández, M.,Pérez, M., &Noriega, R. (2011). Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología,11*(2), 24-49.

Rodríguez, M., Gallardo, L., Martinez, M., Camacho, N., Velazquez, J., &Hernandez, E. (2014). Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de recién diagnóstico. *Psicooncologia*, *11*(1), 87-99.

Rodríguez, M., Ocampo, I., Nava, C. (2009). Relación entre valoración de una situación y capacidad para enfrentarla. *Summa Psicológica UST, 6*(1), 25-41.

Rodríguez, N. (2011). Impacto de la espiritualidad en salud mental. Una propuesta de estrategia de atención comunitaria de salud mental en colaboración con grupos religiosos locales. *Revista GPU, 7*(2), 205-213.

Rodríguez, R. (2008). La investigación de las relaciones entre religión y procesos de salud-enfermedad: abordajes y algunos resultados empíricos. *Investigación en Ssalud,* 10 (1), 51-57.

Romero, C., Friedman, L., Kalidad, M., Elledge, R., Chang, J., Liscum,K., (2005). Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in women with breast cancer.*Journal of Behavioral Medicine*, *8*(1), 15-27.

Roque, L. (2016). La espiritualidad como recurso de afrontamiento en pacientes con enfermedades crónicas. En J. González(Ed.), Espiritualidad en la psicoterapia y la consejería: Del debate a la integración (pp. 155-176). Editorial Psicoespiritualidad.

Rosmarin, D.,Bigda J., Öngur, D., Pargament, K., &Björgvinsson, T. (2013). Religious coping among psychotic patients: Relevance to suicidality and treatment outcomes. *Psychiatry Research,210*(1), 182-187.

Ross, L. (1995). The spiritual dimension: Its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *InternationalJournal of Nursing Studies*, 32(5), 457-468.

Rousseau, P. (2000). Spirituality and the dying patient. *Journal of Clinical Oncology,18*(9), 2000-2002.

Roussi, P., Krikeli, V., Hatzidimitriou, C., &Koutri. I.(2007). Patterns of coping, flexibility in coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer. *Cognitive Therapy Research,31*(1), 97-109.

Rudilla, D, OliverA,GalianaL,BarretoP. (2015) Espiritualidad en atención paliativa: evidencias sobrelaintervenciónconcounselling. *PsychosocialIntervention, 24*(2), 79-82

Ruiz, S., Valencia, N., &Ortega, J. (2020). Condiciones de vida y estrategias de afrontamiento de las mujeres con cáncer de mama en Córdoba, Colombia. *Anales de Psicología, 36* (1), 46-55.

Saita, E., Acquati, C., &Kayser, K. (2015).Coping with early stage breast cancer: Examining the influence of personality traits and interpersonal closeness.*Frontiers in Psychology*, 6, 88.

Salgado, A. (2014). Revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores. *Propósitos y Representaciones, 2* (1), 121-159.

Sánchez, B. (2009). Bienestar espiritual de enfermos terminales y de personas aparentemente sanas. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27 (1), 86-95.

Sanz, J., Modollel, E. (2004). Oncología y psicología: un modelo de interacción. *Psicooncología,1*(1), 3-12.

Scharrón del Rio, M. (2010). Supuestos, explicaciones y sistemas de creencias: Ciencia, religión y psicología. *Revista Portorriqueña de Psicología*, 21, 85-112.

Schinelli, F., Korman, G.(2012). Psicoterapia y religiosidad: inclusión de las variables religiosas y espirituales en los tratamientos. Cuarto Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Schnoll, R., Harlow, L., Stolbach, L., &Brandt, U. (1998).A structural model of the relationships among stage of disease, age, coping, and psychological adjustment in women with breast cancer.*Psycho-Oncology,* 7(2), 69–77.

Schreurs, A. (2004). *Psicoterapia y Espiritualidad. La integración de la dimensión espiritual a la práctica terapéutica.*Desclée de Brouwer.

Sessana, L., Finnell, D., &Jezewski, M. (2007).Spirituality in Nursing and Health-Related Literature.A Concept Analysis.*Journal of Holistic Nursing*, 25(4), 252-262.

Shafranske, E., &Malony, H. (1990). Clinical psychologists' religious and spiritualorientationsandtheirpracticeofpsychotherapy.*Psychotherapy,27*(1), 72-78.

Sherman, A., &Simonton, S. (2001). Religious involvement among cancer patients in Faith and Health. En T. Plante&A. Sherman (Eds.). *Psychological perspectives* (pp.167–194). Guilford Press.

Shontz, F. C. (1975). *The psychological aspects of physical illness and disability*. Macmillan.

Sieverson, C., Evans, V., Florenzano, R., &Fernandez, L. (2016). ¿Qué elementos se incorporan en las evaluaciones de la espiritualidad y religiosidad? Una revisión de instrumentos validados.*Revista GPU, 12*(2), 216-223.

Smith, C. (2007). "Why Christianity Works": An emotions-focused phenomenological account. *Sociology of Religion*, 68(2), 165-178.

Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de Psicología,75*, 73-85.

Sperry, L. (2012). *Spirituality and clinical practice: Theory and practice of spiritually oriented psychotherapy, 2nd ed.*Routledge.

Starbuck, E. (1899). *The psychology of religion: An empirical study of the growth of religious consciousness* (Vol. 38). W. Scott.

Stefanek, M., McDonald, P., &Hess, S. (2005). Religion, Spirituality and Cancer: current status and methodological challenges. *Psychooncology,14* (6), 450-463.

Suárez, B., &Londoño, L. (2009). *Estrategias de afrontamiento y estilos conductuales en pacientes diagnosticados con cáncer que reciben tratamiento ambulatorio.* Tesis de grado: Universidad del Bosque.

Sutherland, A., Orbach, C., Dyk, R., &Bard, M. (1952) The psychosocial impact of cancer and cancer surgery I: Adaptation to the dry colostomy: Preliminary report and summary of findings. *Cáncer*, *5*(5), 857-872.

Tanyi R. (2002). Towards clarification of the meaning of spiritually.*Journal of clinical nursing*, *39*(59), 500-509

Tobin, D., Holroyd, K., Reynolds, R. &Kigal, J.(1989). The hierarchical factor structure of the *Coping Strategies Inventory.Cognitive and Therapy Research*, *13*(4),343-361.

Torres, W. (2003). *Utilización de internet y el bienestar psicológico en estudiantes universitarios de alto y bajo nivel de acceso a la tecnología de información por computadora*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Umezawa, Y., Lu, Q., You, J., Kagawa, M., Leake, B., &Maly, R. C. (2012).Belief in divine control, coping, and race/ ethnicity among older women with breast cancer.*Annals of Behavioral Medicine*, *44*(1), 21-32.

Uresti M., Ramírez, J., &Caballero, F. (2011). Salud y espiritualidad: "No solo de pan vive el hombre." *CienciaUAT*, (62), 48-54.

Urrego, S., Sierra,F.,&Sanchez,R., (2015). Desarrollo de la intervención centrada en espiritualidad en pacientes con cáncer. *UniversitasPsychologica*, *14*(1), 15-27.

Valiente, C. (2010, November). Near Death Religious Experience: An old question, a current challenge. *International Symposium on Psychiatry and Religious Experience* (pp. 4-6). Ávila, España.

Valiente, C. (2013). Intersecciones entre espiritualidad/religiosidad y psicología: desde la filosofía hasta la neurociencia. *Revista de Historia de la Psicología*, *34*(4), 67-88.

Valiente, C., &García, G. (2010). La Religiosidad como factor promotor de la salud y bienestar para un modelo multidisciplinar y de atencion psicogeriátrica. *Psicogeriatria,2*(3), 153-165.

Vallurupalli, M., Lauderdale, K., Balboni, M., Phelps, A., Block, S., &Balboni, T. (2012). The role of spirituality and religious coping in the quality of life of

patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *Journal of Supportive Oncology,10*(2), 81-87.

Vázquez, C., Crespo, M.,&Ring, J. (2000). Estrategias de afrontamiento. En G. Berrios, A. Bulbena&P. Fernández de Larrinoa Palacios (Ed.), *Medición Clínica en Psiquiatría &Psicología*. (pp. 425-435). Masson.

Villas, M., Torrico, E., &Remesal, R. (2012). Afrontamiento en hombres operados de cáncer de laringe. *Anales de Psicología,* 28, 753-762.

Viñas, F., Caparrós, B., &Massegú, C. (1999). Estratègies d'afrontament i simptomatologia somática auto informada. *XIVna Reunió Anual de la Societat Catalana de Recerca i Terapia del Comportament*.

Volcan, S., Sousa, P., Mari, J., Horta, B. (2003). Relación entre bienestar espiritual y trastornos psiquiátricos menores: un estudio transversal. *Revista Saúde Publica*, 37 (4), 440-445.

Wahass, S., &Kent, G. (1997). The modification of psychological interventions for persistent auditory hallucinations to an Islamic culture.*Behavioral and Cognitive Psychology,* 25 (4), 351–364.

Walker, J., Holm Hansen, C., Martin, P., Sawhney, A., Thekkumpurath, P., Beale, C., et al. (2012). Prevalence of depression in adults with cancer: a systematic review.*Annals of oncology*, 24(4), 895-900.

Walter, J. (2002). *The art and science of Raja yoga: fourteen steps to higher awareness*. Motilal Banarsidass Publishers.

Wang, W., Tu, P., Liu, T., Yeh, D., &Hsu, W.(2013). Mental adjustment at different phases in breast cancer trajectory: re-examination of factor structure of the Mini-MAC and its correlation with distress. *Psychooncology, 22*(4), 768-774.

Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, C., Robertson, B., Bliss, J., &Tunmore, R. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients.*Psychological Medicine, 21*(1), 51–57.

Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., &Robertson, B.(1988): Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine, 18*(1), 203-209.

Weisman, A., &Worden, J. (1977). The existential plight in cancer: Significance of the first 100 days. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 7*(1), 1-15.

Williams, D., Larson, D., Buckler, R., Heckman, R., &Pile, C. (1991). Religion and Psychological distress in a community sample. *Social Science Medicine,32*(11), 1257-1262.

Wink, P., &Dillon, M. (2003). Religiousness, spirituality, and psycho-social functioning in late adulthood: findings from a longitudinal study. *Psychology and Aging,18*(4), 916-924.

Wortman, C., &Brehm, J.(1975). Responses to uncontrollable outcomes: An integration of reactance theory and the learned helplessness model. *Advances in Experimental Social Psychology*, *8*, 277-336.

Yoffe, L. (2007). Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos. *Psicodebate, 7*, 193-206.

Zayas, A., Sánchez, L., Ruiz, P.,&Guil, R. (2019). Estrategias de afrontamiento y su capacidad predictiva en los niveles de resiliencia en una muestra de mujeres con cáncer de mama.*International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *5*(1), 279-290.

Zinnbauer, B.,Pargament, K., &Scott,A. (1999).Theemergingmeanings of religiousness and spirituality: Problems and prospects. *Journal of Personality,* 67, 889-919.

Zinnbauer, B., Pargament, K., &Scott, A. (1997) The emerging meanings of religiousness and spirituality: Problems and prospects. *Journal of Personality*, 67 (6), 889–919.

ANEXO 1: INSTRUMENTOS

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS (CAEPO)

0	1	2	3
Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre

1	Habitualmente cuando me siento nervioso, procuro hacer cosas que me tranquilicen tales como pasear, leer, ver la televisión u otras cosas.	0	1	2	3
2	Estoy dispuesto a plantarle cara a esta situación, aunque esté preocupado o nervioso.	0	1	2	3
3	Cuando estoy preocupado como ahora, procuro pensar en algo agradable y positivo.	0	1	2	3
4	Si estoy preocupado suelo pensar en cosas que me hacen sentir peor.	0	1	2	3
5	He procurado hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación.	0	1	2	3
6	Pienso que esto que me sucede es porque no me he ocupado adecuadamente de mi salud.	0	1	2	3
7	Pienso que, respecto a lo que me ocurre ahora, las cosas me van a salir bien.	0	1	2	3
8	Prefiero olvidarme de lo que me ocurre y no pensar en ello.	0	1	2	3
9	Evito hablar de lo que me pasa porque no me gusta este tema.	0	1	2	3
10	Hablo de mis preocupaciones con personas que me son cercanas (familia o amigos).	0	1	2	3
11	Pienso que en este caso no puedo hacer nada y lo mejor es aceptar las cosas como son.	0	1	2	3
12	Trato de convencerme a mí mismo de que todo va a salir bien.	0	1	2	3
13	Creo que esta situación pasará pronto y volveré cuanto antes a mi vida habitual.	0	1	2	3

14	Pienso constantemente en el problema que tengo con mi salud.	0	1	2	3
15	Creo que voy a necesitar la ayuda de otras personas para superar esto.	0	1	2	3
16	Siento que lo que me está sucediendo me ayuda a saber de verdad las cosas que son importantes en la vida.	0	1	2	3
17	Estoy dispuesto a luchar para que todo salga bien.	0	1	2	3
18	Me gusta pensar que lo que me sucede no es real, que no me pasa nada.	0	1	2	3
19	Intento compartir mis emociones con algunas personas.	0	1	2	3
20	Creo que los demás exageran y que en realidad lo que me sucede carece de importancia.	0	1	2	3
21	Procuro ser fuerte y plantar cara a mi problema de salud.	0	1	2	3
22	Siempre que estoy solo, pienso en lo que me está sucediendo ahora.	0	1	2	3
23	Pienso que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso.	0	1	2	3
24	Confío en mi fuerza de voluntad para que todo salga bien.	0	1	2	3
25	Procuro controlar mis emociones.	0	1	2	3
26	Pienso que no voy a ser capaz de soportar esta situación.	0	1	2	3
27	Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud.	0	1	2	3
28	Intento mostrarme sereno y animado.	0	1	2	3
29	Pienso constantemente lo que sería mi vida si no hubiera enfermado.	0	1	2	3
30	Creo que la mejor solución para que todo salga bien es rezar.	0	1	2	3
31	Hago todo lo que me mandan porque creo que es bueno para mi recuperación.	0	1	2	3
			1	2	3

32	Creo que, aunque supere esta situación, quedaré muy afectado y nada será como antes.	0			
33	Muestro mis sentimientos y estados de ánimo ante las personas importantes para mí.	0	1	2	3
34	Me doy por vencido en esta situación y pienso que “lo que tenga que ser será”.	0	1	2	3
35	Pienso que las cosas ocurren y que nada puede hacer para cambiar los acontecimientos.	0	1	2	3
36	La verdad es que estoy muy preocupado por mi salud.	0	1	2	3
37	Creo que en esta situación lo mejor es aceptar las cosas como vienen.	0	1	2	3
38	Procuro evadirme y no pensar en lo que me pasa.	0	1	2	3
39	Creo que, si en otras ocasiones he superado mis problemas, ahora también lo haré.	0	1	2	3
40	Puedo distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi situación actual.	0	1	2	3

INDICE DE VIDA ESPIRITUAL Y RELIGIOSA

Las siguientes preguntas tratan de posibles experiencias espirituales y religiosas. ¿Hasta qué punto puedes decir que experimentas lo siguiente?

1Siento la presencia de Dios.
__ Muchas veces al día.
__ Todos los días
__ De vez en cuando
__ Nunca o casi nunca

2Encuentro fortaleza y consuelo en mi religión.
__ Muchas veces al día.
__ Todos los días
__ De vez en cuando
__ Nunca o casi nunca

3Yo siento todo el amor de Dios hacia mí, de forma directa o a través de otras personas.
__ Muchas veces al día.
__ Todos los días
__ De vez en cuando
__ Nunca o casi nunca

4Deseo estar más cerca o en unión con Dios.
__ Muchas veces al día.
__ Todos los días
__ De vez en cuando
__ Nunca o casi nunca

5Siento el amor de Dios para mí, directamente o a través de los otros.
__ Muchas veces al día.
__ Todos los días
__ De vez en cuando
__ Nunca o casi nunca

6Me siento espiritualmente conmovido por la belleza de la creación.
__ Muchas veces al día.
__ Todos los días
__ De vez en cuando
__ Nunca o casi nunca

7Siento una profunda paz interior y armonía.
__ Muchas veces al día.
__ Todos los días

__ De vez en cuando
__ Nunca o casi nunca

8Me gustaría estar más cerca de Dios.
__ Muchas veces al día.
__ Todos los días
__ De vez en cuando
__ Nunca o casi nunca

9Siento la responsabilidad de disminuir el dolor y el sufrimiento de quienes me rodean.
__ Muchas veces al día
__ Todos los días
__ Algunos días
__ De vez en cuando
__ Nunca o casi nunca

10Estar con Dios me da fuerza, apoyo y contención.
__ Muchas veces al día
__ Todos los días
__ Algunos días
__ De vez en cuando
__ Nunca o casi nunca

11 Tengo fe en que Dios me protege.
__ Muchas veces al día
__ Todos los días
__ Algunos días
__ De vez en cuando
__ Nunca o casi nunca

12.Gracias a mis creencias religiosas o espirituales, me he perdonado por las cosas que he hecho mal.
__ Siempre o casi siempre.
__ A menudo
__ Rara vez
__ Nunca

13.Gracias a mis creencias religiosas o espirituales, he perdonado a los que me han herido.
__ Siempre o casi siempre.
__ A menudo
__ Rara vez
__ Nunca

14.Gracias a mis creencias religiosas o espirituales, se que Dios me ha perdonado.

__ Siempre o casi siempre
__ A menudo
__ Rara vez
__ Nunca

15. ¿Con qué frecuencia rezas en privado en lugares que no sean en la iglesia/templo?
__ Más de una vez al día
__ Una vez al día
__ Algunas veces a la semana
__ Una vez a la semana.
__ Algunas veces al mes
__ Una vez al mes
__ Menos de una vez al mes
__ Nunca

16.En tu tradición religiosa o espiritual, ¿con qué frecuencia oras o meditas?
__ Más de una vez al día.
__ Una vez al día.
__ Algunas veces a la semana.
__ Una vez a la semana.
__ Algunas veces al mes.
__ Una vez al mes
__ Menos de una vez al mes
__ Nunca

17. ¿Con qué frecuencia ves o escuchas programas religiosos en radio o televisión?
__ Más de una vez al día.
__ Una vez al día.
__ Algunas veces a la semana.
__ Una vez a la semana
__ Algunas veces al mes
__ Una vez al mes
__ Menos de una vez al mes
__ Nunca

18. ¿Con qué frecuencia lees la Biblia u otra literatura religiosa?
__ Más de una vez al día
__ Una vez al día
__ Algunas veces a la semana
__ Una vez a la semana
__ Algunas veces al mes
__ Una vez al mes
__ Menos de una vez al mes
__ Nunca

19. ¿Con qué frecuencia tú y tu familia oran o dan las gracias antes de las comidas en tu hogar?

__ En todas las comidas
__ Una vez al día
__ Al menos una vez por semana
__ Solo en ocasiones especiales
__ Nunca

20.Pienso en cómo mi vida es parte de una fuerza espiritual más poderosa.

__ Mucho
__ Bastante
__ Un poco
__ Nunca

21.Trabajo junto a Dios como si fuéramos compañeros.

__ Mucho
__ Bastante
__ Un poco
__ Nunca

22.Recurro a Dios en busca de fortaleza, apoyo y orientación.

__ Mucho
__ Bastante
__ Un poco
__ Nunca

23.Siento que Dios me está castigando por mis pecados o falta de espiritualidad.

__ Mucho
__ Bastante
__ Un poco
__ Nunca

24.Me pregunto si Dios me ha abandonado.

__ Mucho
__ Bastante
__ Un poco
__ Nunca

25.Trato de darle sentido a la situación y decidir qué hacer sin confiar en Dios.

__ Mucho
__ Bastante.
__ Un poco.
__ Nunca

26. ¿Hasta qué punto tu religión está involucrada en entender o afrontar de alguna manera las situaciones estresantes?

__ Mucho
__ Bastante
__ Un poco
__ Nunca

27.Si estuvieras enfermo, ¿cuánto te ayudaría la gente de tu congregación?

__ Mucho
__ Bastante
__ Un poco
__ Nunca

28.Si tuvo un problema o se enfrentó a una situación difícil, ¿cuánto consuelo estaría dispuesto a brindarle la gente de su congregación religiosa?

__ Mucho
__ Bastante
__ Un poco
__ Nunca

29. A veces el contacto que tenemos con los demás no siempre es agradable, ¿con qué frecuencia las personas en tu congregación te hacen demasiados pedidos?

__ Mucho
__ Bastante
__ Un poco
__ Nunca

30. ¿Con qué frecuencia las personas de tu congregación te critican a ti y a las cosas que haces?

__ Mucho
__ Bastante
__ Un poco
__ Nunca

31. ¿Tuviste alguna vez una experiencia religiosa o espiritual que cambió tu vida?

___ No ___ Si

32. ¿Alguna vez has tenido una recompensa por tu gran fe?

___ No ___ Si

33. ¿Alguna vez has tenido una pérdida significativa en tu fe?

___ No ___ Si

34.Me esfuerzo por llevar mis creencias religiosas a otros asuntos de mi vida.

__ Totalmente de acuerdo
__ De acuerdo

__ En desacuerdo
__ Totalmente en desacuerdo

35. ¿Con qué frecuencia vas a las reuniones religiosas?
__Más de una vez por semana
__Cada semana o más a menudo
__Una o dos veces al mes
__Cada mes más o menos
__Una o dos veces al año
__Nunca

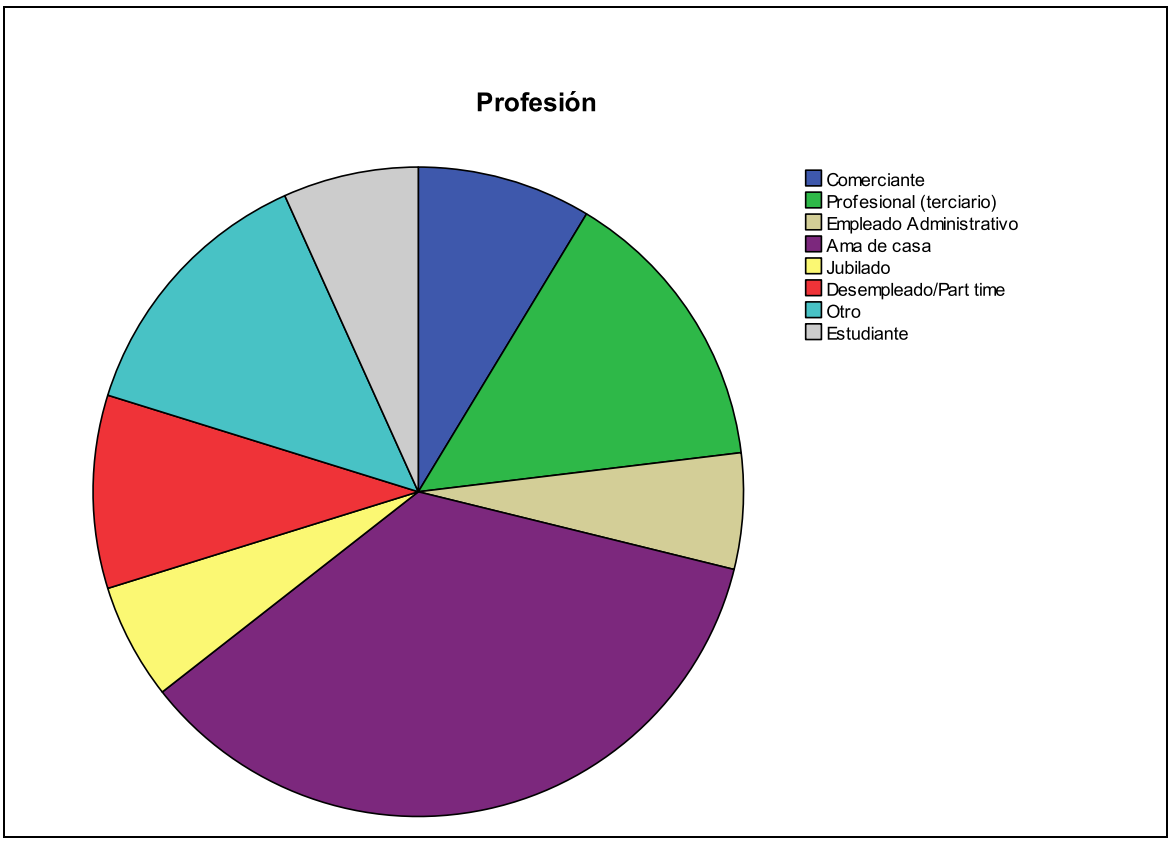
36.Además de las reuniones religiosas, ¿con qué frecuencia participas de otras actividades en el culto?
__ Más de una vez por semana
__ Cada semana o más a menudo
__ Una o dos veces al mes
__ Cada mes más o menos
__ Una o dos veces al año
__ Nunca

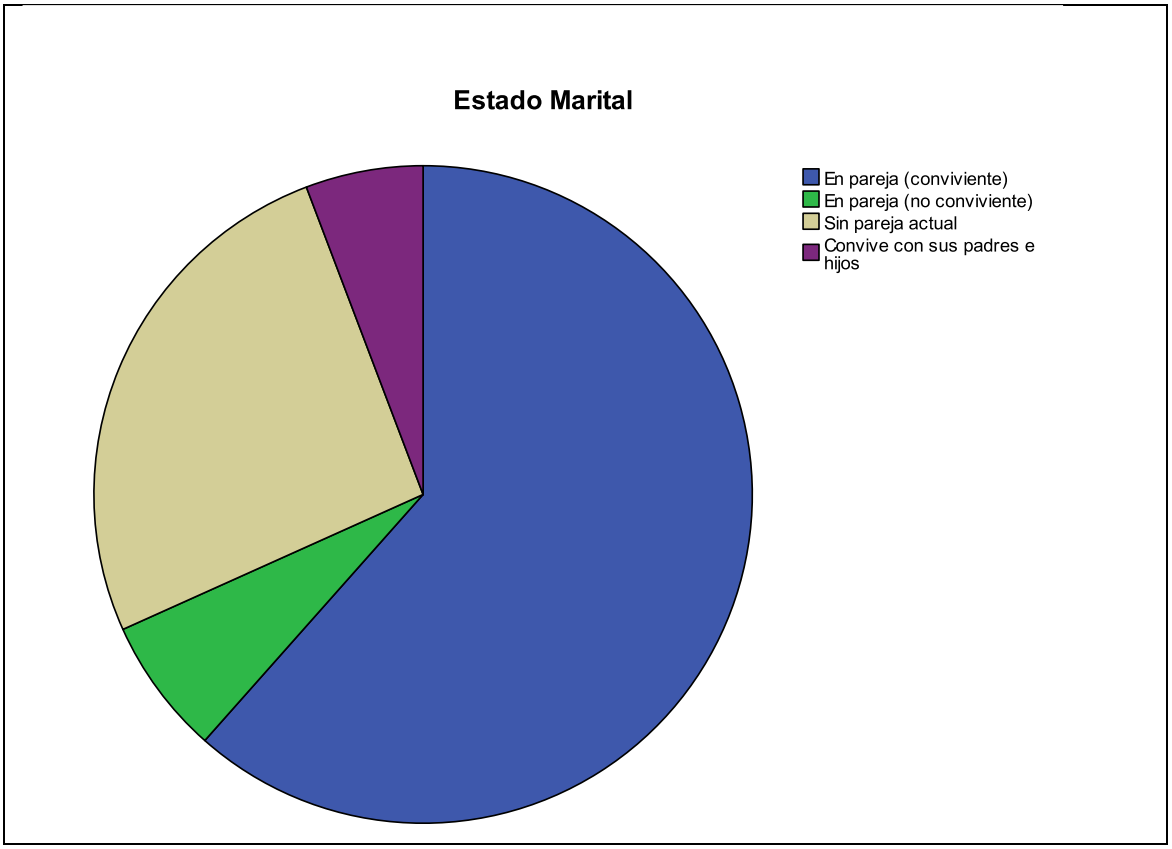
37. ¿Hasta qué punto te consideras una persona religiosa?
__ Muy religioso
__ Moderadamente religioso
__ Ligeramente religioso
__ No soy religioso en absoluto

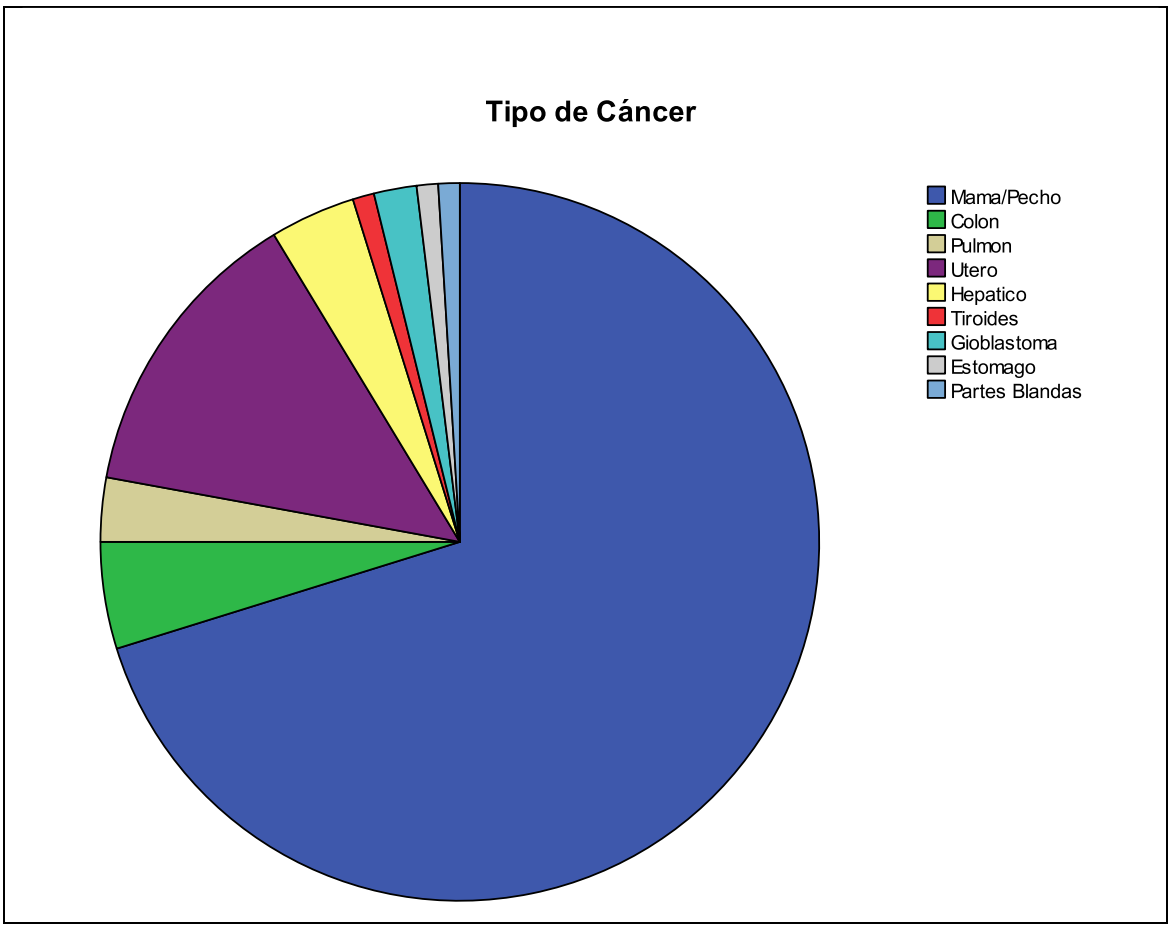
38. ¿Hasta qué punto te consideras una persona espiritual?
__ Muy espiritual
__ Moderadamente espiritual
__ Ligeramente espiritual
__ No es espiritual en absoluto

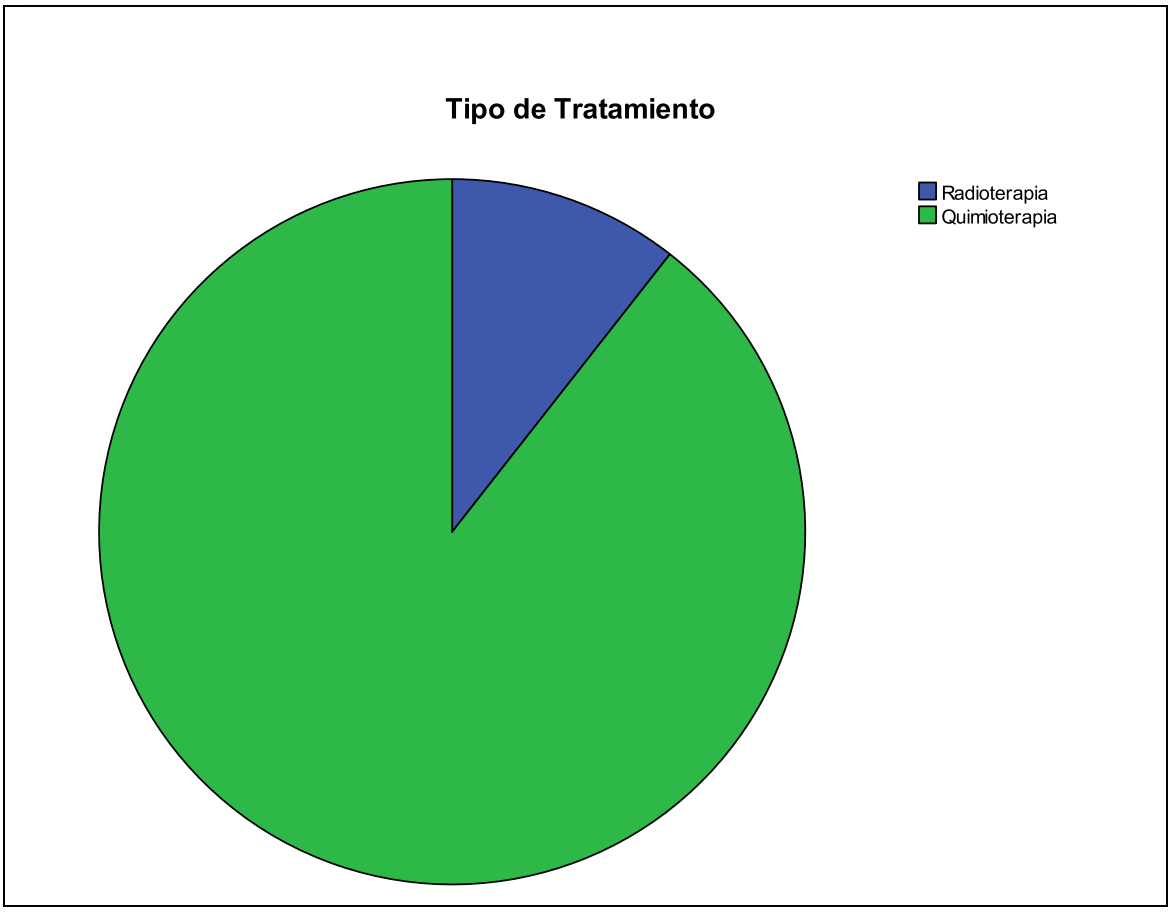
39.Los eventos en mi vida se desarrollan de acuerdo con un plan divino.
__ Totalmente de acuerdo
__ De acuerdo
__ En desacuerdo
__ Totalmente en desacuerdo

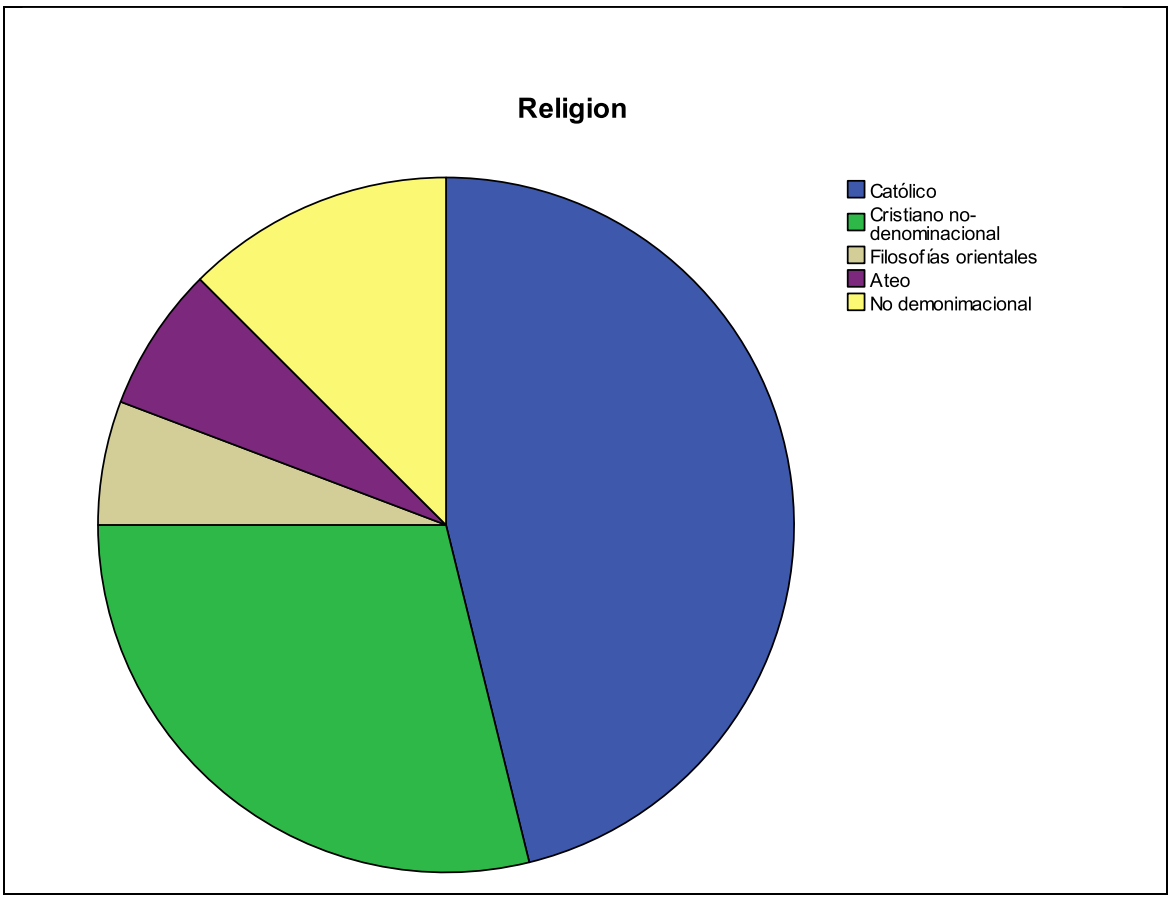
ANEXO 2: GRAFICOS

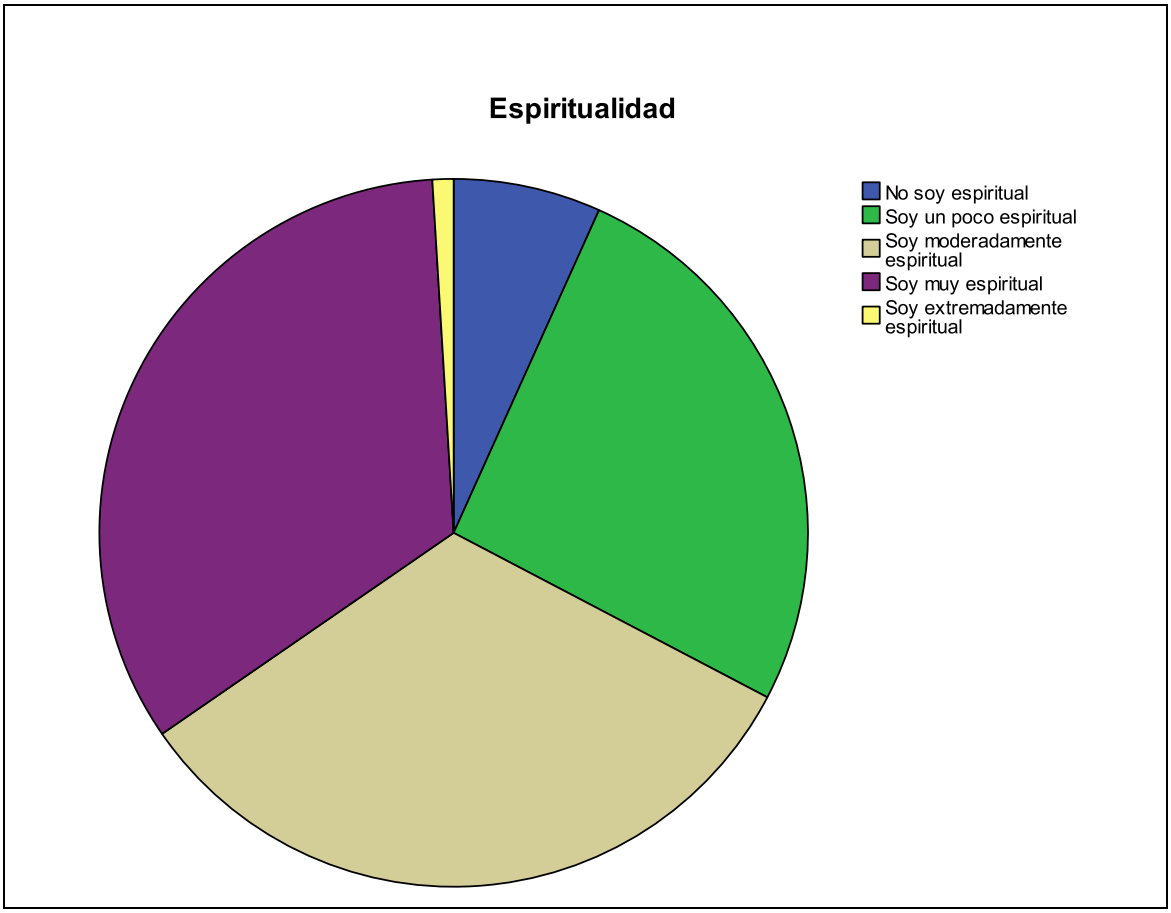





Tipo de Cáncer
Mama/Pecho
Colon
Pulmon
Utero
Hepatico
Tiroides
Gioblastoma
Estomago
Partes Blandas


Tipo de Tratamiento
Radioterapia
Quimioterapia


Religion
Católico
Cristiano no-denominacional
Filosofías orientales
Ateo
No demonimacional


Espiritualidad
No soy espiritual
Soy un poco espiritual
Soy moderadamente espiritual
Soy muy espiritual
Soy extremadamente espiritual