



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

## **AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER Y ESPIRITUALIDAD**

Autora: Isabel Molins Bustamante

Director: Ignacio Boné Pina

Madrid

Mayo de 2018

Isabel Molins Bustamante

# AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER Y ESPIRITUALIDAD



## **ÍNDICE:**

### **1.- Introducción**

### **2.- Reacciones psicológicas ante el diagnóstico de cáncer y psicooncología**

- I. Reacciones psicológicas ante el diagnóstico
- II. Reacciones psicológicas ante el tratamiento

### **3.- Afrontamiento del cáncer**

- I. Concepto de afrontamiento
- II. Condicionantes del afrontamiento

### **4.- Afrontamiento, espiritualidad y cáncer**

- I. Religiosidad y espiritualidad en el afrontamiento del cáncer
- II. Mecanismos que median la espiritualidad en el tratamiento del cáncer
- III. Modelo de Pargament
  - Afrontamiento religioso/espiritual positivo y negativo
  - Estilo de afrontamiento religioso/espiritual
  - Evaluación del afrontamiento religioso en pacientes con cáncer
  - Estudios recientes

### **5.- Conclusiones**

## **1.- INTRODUCCIÓN**

El diagnóstico de cáncer es una experiencia vital estresante, traumática y difícil que tendrá repercusiones psicológicas importantes que afectarán a diferentes áreas de la vida del paciente (González, 2006; Kazak, 2005) y que por ello será necesario hacer una intervención médica y psicológica adecuada a cada caso.

La Organización Mundial de la Salud define el cáncer como un problema global progresivo, y a día de hoy, es la segunda causa de mortalidad en el mundo donde el 70% de las muertes por cáncer se registran en países subdesarrollados por la falta de recursos. Sólo en el 2012 se registraron alrededor de 14 millones de nuevos casos y se prevé que el número de nuevos diagnósticos de cáncer se incremente aproximadamente en un 70% en los próximos años (Organización Mundial de la Salud, 2017).

El diagnóstico correcto del cáncer es necesario para poder prescribir un tratamiento adecuado y eficaz con el objetivo de curar el cáncer o prolongar en lo posible la vida del paciente. Además, otro objetivo importante es mejorar la calidad de vida del enfermo, lo cual se puede conseguir ofreciéndole cuidados paliativos y apoyo psicosocial (OMS, 2017).

Según Herмосilla y Sanhueza (como se citó en Senra, 2002) el proceso de afrontamiento en un paciente diagnosticado de cáncer requiere de un esfuerzo integral de la persona, ya que su diagnóstico lo hace vulnerable y dependiente de los que están a su alrededor, lo que genera una necesidad de apoyo emocional para poder hacer frente a los síntomas, signos y cambios en la vida. La mayoría de las personas viven con mucho miedo o preocupación el hecho de enfrentarse a una enfermedad crónica que puede acabar con sus vidas, como es el caso de un diagnóstico de cáncer. Además de las alteraciones que ya se por sí conlleva seguir sus tratamientos o no poder llevar a cabo las rutinas habituales, está la posibilidad de una muerte próxima lo que puede suponer una fuente de estrés para el paciente; y ante dicho estrés, llevar a cabo una serie de estrategias de afrontamiento con el objetivo de intentar manejar la situación.

Desde la psicología actual el afrontamiento (stress and coping) es una de las variables propuestas para ayudar a entender mejor el proceso de adaptación en un enfermo de cáncer ya que la manera en que las personas manejan los estresores sociales asociados a la enfermedad juegan un papel importante en el mantenimiento de la calidad de vida del

paciente afectado por el diagnóstico de cáncer (Leyva, Solano, Labrador, Gallegos, Ochoa, 2011). Ya Lazarus y Folkman (1986) nos hablaban del estrés psicológico en un proceso de afrontamiento y cómo pone en peligro el bienestar psicológico y físico del paciente, definiendo el concepto de afrontamiento o “coping” como los esfuerzos cognitivos y conductuales que lleva a cabo la persona para manejar las demandas específicas internas y/o externas que, al ser evaluadas, resultan estresantes y derivan en situaciones desbordantes.

Diversas investigaciones como la de Mytko y Knight (como se citó en Martínez, Méndez y Ballesteros, 2009) han encontrado que la dimensión espiritual tiene un impacto relevante en la enfermedad oncológica debido a que la espiritualidad representa una estrategia de afrontamiento más que una forma de negar o de evitar el diagnóstico y lo que éste conlleva. Según el Instituto Nacional del Cáncer los valores religiosos y espirituales son importantes en los pacientes que están haciendo frente al cáncer, pueden tener diferentes significados ya que también cada persona puede tener diferentes necesidades espirituales en función de sus tradiciones culturales o religiosas. También nos indica que el bienestar espiritual y psicológico puede ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente disminuyendo la ansiedad, la sensación de aislamiento, el riesgo de suicidio o aumentando los sentimientos positivos de esperanza y optimismo entre otros.

En esta revisión bibliográfica pretendo, en primer lugar, conocer en profundidad el papel que juega la espiritualidad en un proceso de afrontamiento del cáncer; centrándome en las aproximaciones positivas, pero sin dejar de lado las aproximaciones negativas que pueden entorpecer un proceso de afrontamiento en un paciente diagnosticado de cáncer. Por otro lado, valorar la importancia que tiene introducir la dimensión espiritual o religiosa en un proceso de intervención psicológica para poder mejorar la calidad de vida del paciente oncológico.

Finalmente, evaluar la funcionalidad de la escala Brief R-COPE como medición de afrontamiento religioso en pacientes con cáncer.

## **2.- REACCIONES PSICOLÓGICAS ANTE EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER Y PSICOONCOLOGÍA**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como aquel estado de bienestar psíquico, físico y social y no sólo como la ausencia de enfermedad. Por ello, la enfermedad debe entenderse como un proceso biológico y psicológico que da lugar a sufrimiento y dolor y, además, también como un proceso social ya que conlleva una invalidez. Esta situación afecta a la persona en toda su globalidad, incluyendo su círculo de relaciones interpersonales por el estrés que genera (Lipowski, 1969)

Toda enfermedad y el mismo hecho de enfermar tienen aspectos psicológicos y sociales que influyen en la aparición, manifestación, curso y pronóstico. Por esta razón será de gran importancia tratar de establecer relaciones entre aspectos psicológicos, sociales y biológicos como desencadenantes de una enfermedad, más que una relación única de causa- efecto (Lopez Ibor, M.I, 2007)

El concepto de Psicooncología aparece de la mano de Holland en 1993, ya que fue quien trabajó sobre los aspectos psicológicos, sociales y conductuales asociados al padecimiento del cáncer y de esta manera, se dio una fusión entre la psicología y la oncología. Esta fusión nace de la intención de responder a las preguntas de cuáles eran las ideas y sentimientos de los pacientes recientemente diagnosticados de cáncer, como las actitudes negativas ligadas a la enfermedad mental así como los problemas psicológicos que presenta el cáncer como enfermedad médica (Holland, 2003)

En concreto en España, la primera Unidad de Psicooncología fue creada por la Dra. María de Dietrill en el Hospital Universitario Gregorio Marañón (Sanz y Modolell, 2001) con el objetivo de estudiar los distintos modos de afrontamiento y las estrategias terapéuticas más útiles para poder mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer.

Por esta misma razón, Holland (2003) consideró desde un primer momento que la atención a la respuesta emocional del paciente y de todas las personas encargados de su cuidado debería prevalecer en psicooncología, para poder detectar aquellos factores psicológicos y sociales que puedan influir en el afrontamiento en pacientes diagnosticados de cáncer. La psicooncología tiene como objetivo dar a conocer al

paciente su estado actual, de manera que contribuya en el proceso terapéutico para poder llevar a cabo un adecuado proceso de afrontamiento (García- Conde 2008).

### I.- Reacciones psicológicas ante el diagnóstico

Los seres humanos nos relacionamos con el mundo a través de nuestro cuerpo, de nuestra mente y espiritualidad y ante el diagnóstico del cáncer aparece además el dolor que es también un fenómeno biológico con una importancia psicológica, cultural y social (Fuentes y Blasco, 2010). A lo largo de la enfermedad, también aparece el miedo representado en la dependencia, alteraciones corporales, incapacidad en las actividades cotidianas...que generarán situaciones de estrés (Matías et al,1995).

El diagnóstico del cáncer supone un impacto en la vida del paciente que puede llegar a suponer una desestructuración si esta persona no consigue elaborar una respuesta de afrontamiento adecuada para poder superar esta situación, ya que las reacciones psicológicas que pueden aparecer pueden disminuir la calidad de vida del enfermo lo cual dificulta la adaptación y el afrontamiento de la enfermedad (Camacho, 2003).

Tomando en cuenta lo expuesto es de suma importancia contar con un protocolo de intervención psicooncológica que permita predecir, intervenir, manejar y resolver los distintos problemas psicosociales a los que puedan enfrentarse las pacientes (Nuñez,2013).

En lo que se refiere al diagnóstico, tiene un impacto psicológico importante ya que habitualmente interpretan la situación como una amenaza que pone en riesgo, su vida, su integridad corporal o su capacidad. La reacción psicológica ante cualquier enfermedad y por ello ante el cáncer, tiene que ver con las siguientes variables según Lipowski (1969): personalidad del paciente y aspectos relevantes de su historia, situación económica y social del paciente, y la naturaleza y características de la enfermedad, así como su manera de percibirlas y evaluarlas.

Según Kübler-Ross (1974), el paciente tras el diagnóstico de cáncer pasaría por una serie de fases que por orden serían: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Hoy en día estas fases no se generalizan a todos los casos debido a que no todos los pacientes pasan por todas ellas ni en el mismo orden, pero pueden servir de referencia como una aproximación a posibles reacciones que se puedan dar en muchos enfermos.

Holland (1992) además de las aportaciones de Lipowski, aportó además el nivel previo de adaptación y las actitudes culturales y religiosas como factores que podían influir en la reacción de un paciente ante el diagnóstico de cáncer.

El diagnóstico del cáncer supone para la persona un evento vital estresante que no afecta de la misma manera a todos los individuos, pero generalmente suele considerarse como una amenaza que regenerará una reacción emocional de ansiedad, que puede verse intensificada en la medida en que el paciente percibe que sus recursos para poder afrontar las consecuencias negativas de la enfermedad no son suficientes (Orbell S, 2004).

## II.- Reacciones psicológicas ante el tratamiento

Enfrentarse al diagnóstico de cáncer es una de las situaciones más difíciles, temidas y estresantes a las que nos podemos ver enfrentados porque es de las enfermedades que más problemas psicológicos originan ya que tiene una serie de circunstancias (Alonso y Bastos, 2011) que ya en sí mismas generan malestar psicológico como su cronicidad, la incertidumbre ante su evaluación, los numerosos efectos secundarios de los tratamientos y el significado social de la palabra cáncer, que a día de hoy sigue siendo un tabú en nuestra sociedad por la asociación que hay del concepto de muerte asociado al cáncer (Sanz y Modolell, 2001)

Dependiendo del tratamiento se producirán diferentes reacciones psicológicas según los efectos secundarios y/o molestias físicas derivadas de los tratamientos. Los tratamientos que se utilizan habitualmente para el tratamiento del cáncer son los siguientes: quimioterapia, trasplante de médula ósea, cirugía y radioterapia; y según Alonso y Bastos (2011) tienen unos efectos secundarios físicos, sociales y psicológicos:

•Cirugía: desde antes de la operación hay temor al daño corporal y a la muerte, especialmente a la anestesia y a las consecuencias que pueda tener. En el caso de las mujeres, la pérdida de la mama afecta tanto por lo que se refiere a su imagen corporal y a su feminidad (Alonso y Bastos, 2011)

•Radioterapia: son característicos los cuadros fóbicos, de ansiedad y depresivos debido a la situación que se da de estar el paciente solo frente a una máquina y aislado del exterior junto con el temor a los fallos técnicos (Camacho, 2003), y además también, los

efectos que se pueden originar por tener la propia radiación impactando en el cerebro (Gottschalk, 1984).

•Quimioterapia: lo más característico de este tipo de tratamiento son los efectos secundarios que provoca (alopecia, náuseas, fatiga, vómitos...) son normalmente mal tolerados física y psicológicamente, provocando síntomas de ansiedad, estrés, depresión, baja autoestima... (Alonso y Bastos, 2011).

Los efectos secundarios que a corto plazo experimenta el paciente con un empeoramiento físico y emocional en lugar de una mejoría, suelen ser los más difíciles de entender y provocan en el paciente reacciones de ansiedad, miedo, pérdida de control, indefensión... que variarán entre los pacientes dependiendo de las características del fármaco y de la personalidad del paciente (Alonso y Bastos, 2011).

Uno de los factores emocionales más estudiados ha sido el estrés y según Lazarus (2000), el estrés psicológico se basa en el constructo del enfoque subjetivo en la manera que el paciente evalúa las transacciones con el entorno, y Lazarus lo divide en tres tipos: daño/pérdida, amenaza y desafío. Por otro lado, según Valencia (2006), es común encontrar en el cáncer síntomas de depresión en los pacientes asociados generalmente a los temores, percepciones o estimas asociados al mismo.

### **3. AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER**

#### I.- Concepto de afrontamiento

Cuando una persona es diagnosticada de cáncer, el proceso de adaptación a la enfermedad tiene varios frentes que suponen situaciones altamente estresantes donde se deberán tomar una serie de decisiones y el modo de afrontamiento que emplee el paciente dependerá de las respuestas que se den ante esta situación de estrés.

El interés por el afrontamiento (coping) ante el estrés y ante la enfermedad, comenzó a desarrollarse sobre la década de los 60 y 70 (Soriano,2002). El concepto de afrontamiento no se reduce a una dimensión de la persona, sino que es un tipo de respuesta multidimensional a través de la interacción entre una persona y su medio; donde dicha situación será percibida como un suceso estresante o no por el individuo en función de sus características (Lazarus y Folkman, 1984).

Por otro lado, Lipowski (1970) define el afrontamiento como *“toda actividad cognitiva y motora que utiliza una persona enferma para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones deterioradas de un modo reversible y para compensar en lo posible cualquier deterioro irreversible”*. Con esta definición recoge los dos estilos de afrontamiento propuestos por Lazarus y Folkman (1987): dirigido al problema (la enfermedad) y dirigido a la emoción (reducir el malestar psicológico).

En caso del cáncer, las respuestas de afrontamiento del sujeto en interacción con el ambiente dependerán de un proceso de evaluación cognitiva (Lazarus y Folkman, 1986), comprendiendo el significado del cáncer para el sujeto y las reacciones que se den ante la amenaza de sufrir cáncer (Watson y Greer, 1998).

Lazarus (1990) explicaba que para afrontar una situación problemática no había que dominarla, sino que había que ser capaz de manejarla y junto con Folkman (1989) explicaban que no hay estrategias mejores que otras ya que dependían de la situación en la que se encuentre la persona y los objetivos que se quieran conseguir utilizándolas.

## II.- Condicionantes del afrontamiento

El afrontamiento se puede ver condicionado por la personalidad del paciente, condición de la situación, momento vital...y también, las interpretaciones culturales ante el evento que se está viviendo (Rowland,1989b).

Un factor que influye en las estrategias de afrontamiento es la personalidad. Existe una relación entre la inmadurez de la personalidad y el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas (Krzemien,2007), por lo que algunas personas son más propensas a usar estrategias desadaptativas que deriven en crisis.

Las estrategias de afrontamiento habituales, las creencias, el sistema de valores y las experiencias personales previas afectan a cómo uno es capaz de superar la situación estresante, condicionado también por unas variables de personalidad (Lazarus,1974) que condicionarán su manera de responder ante este tipo de situaciones. Por ello, hay respuestas de afrontamiento que son beneficiosas para algunas personas en situaciones puntuales que para otras personas no lo serán (Carver y colaboradores, 1989).

Por ello, la vida espiritual parece jugar un importante papel en el afrontamiento ya que cuando la espiritualidad forma parte de la personalidad, se da en estrategias de

afrontamiento religioso con un impacto positivo en la salud del paciente especialmente en lo que se refiere al estrés (Rivera-Ledesma y Montero-López,2007).

Autores como Sonn, Maliski y Litin (2006) hicieron un estudio sobre la relación entre la espiritualidad, salud mental y física en pacientes diagnosticado con cáncer de próstata; encontraron peor bienestar emocional, ansiedad y síntomas de angustia en hombres con baja espiritualidad.

#### **4. AFRONTAMIENTO, ESPIRITUALIDAD Y CÁNCER**

La espiritualidad puede ser una estrategia de afrontamiento para los pacientes más que una forma sólo de evitación o negación, y algunas investigaciones demuestran que muchos pacientes desearían que sus médicos discutieran cuestiones con ellos sobre la espiritualidad y no se enfocaran únicamente en el ámbito más médico (Mytko y Knight,1999; Reiman,1999).

Una serie de estudios han demostrado que la dimensión espiritual tiene una implicación importante en el paciente a la hora de hacer frente a la enfermedad, así como se han encontrado correlaciones positivas entre la espiritualidad y los índices de recuperación (Mueller, Plevak y Rummans,2001).

La espiritualidad y la religión pueden ser recursos importantes para pacientes y familias que se enfrentan a enfermedades graves o crónicas. Frecuentemente, cuando los pacientes se enfrentan a adversidades -incluyendo enfermedades graves como el cáncer- se apoyan en un poder superior o religión como una manera de afrontamiento (Thune-Boyle, Stygall, Keshtgar, y Newman, 2006).

##### **I.- Afrontamiento religioso/espiritual y cáncer**

El afrontamiento religioso se define como *“el uso de técnicas cognitivas y comportamentales ante los eventos estresantes de la vida que surgen de la propia religión o espiritualidad”* (Tix y Fraser,1998). El afrontamiento religioso ha sido generalmente concebido como una manera de afrontamiento para poder lidiar con las emociones negativas; pero, sin embargo, recientes investigaciones sugieren que, además, también tiene también una función cognitiva -evaluación de la enfermedad como parte del plan de Dios- y un componente conductual, como podría ser rezar (Thu-Boyle et al., 2006).

Spilka (2005) afirma que para muchas personas religiosas el encontrarse en una situación de estrés confronta con el sufrimiento y las limitaciones propias humanas; y por ello, tienden a orientarse y a estar más comprometidos con lo sagrado. La religión les proporciona modos de afrontar y de hallar soluciones ante los graves problemas.

En este punto podemos analizar dos posturas diferentes: personas que no han sido religiosas y que se enfrentan a una situación de crisis, se volcaron hacia la religión como modo de búsqueda de maneras que les permitieran aliviar/mitigar su dolor y por otro lado, personas que habiendo sido creyentes y practicantes, ante una situación de gravedad atravesaron momentos de desconfianza hacia Dios, hacia su fe o acerca de la eficacia de su afrontamiento religioso (Yoffe,2015).

Es importante destacar que en la literatura suelen diferenciarse los términos de espiritualidad y religiosidad:

**Espiritualidad** se asocia con la esperanza, sentido y relación con la trascendencia o con aspectos abstractos de la existencia (Meraviglia,2004). Se refiere a una conexión con una realidad más amplia que da sentido a la propia vida experimentada a través de una tradición religiosa (Peteet y Balboni, 2013) y se caracteriza por su conexión con lo sagrado, lo trascendente (Koenig, 2012).

**Religiosidad:** es un concepto menos amplio que la espiritualidad (Taylor, 2001); y se refiere, a un sistema organizado de creencias, practicas y símbolos trascendentes (y organizados) para facilitar la cercanía a lo trascendente; y par fomentar la comprensión de la relación y responsabilidad de uno con los demás en la convivencia comunitaria (Koenig, 2012).

Hay diferentes puntos de vista sobre cómo se relacionan la religión y la espiritualidad. Sin embargo, la mayoría de la literatura respalda la idea de que la religión y la espiritualidad son conceptos diferentes, pero a la vez conectados (Weaver, Pargament, Flannelly y Oppenheimer, 2006) y las investigaciones optan por integrarlos para hablar de Religiosidad/Espiritualidad (R/S) (Koenig,2012).

Además, la espiritualidad/religiosidad se reconocen como relacionadas positivamente con la calidad de vida y el afrontamiento de la enfermedad (Büssing, Balzar y Heusser,2010); y según Peteet y Balboni (2013), la espiritualidad es fundamental para la experiencia de la mayoría de los pacientes con cáncer, e indican un mayor deseo de ser

ayudados con sus necesidades espirituales, con encontrar conexión, paz y trascendencia (Büssing et al, 2013) y extraer significado de su sufrimiento (Käppeli,2000).

## **II.- Mecanismos que median la espiritualidad en el tratamiento del cáncer**

Existen una serie de mecanismos que relacionan la espiritualidad/religiosidad y los resultados del tratamiento del cáncer (Karekla y Constantinou,2010): *conductual, fisiológico, apoyo social y psicológico*.

Los *mecanismos conductuales* incluyen estimulación religiosa, es decir, la religión fomenta la adopción de un conjunto de prácticas de conductuales para adoptar prácticas más saludables como por ejemplo dietas bajas en grasas o para evitar la nicotina (Mytko y Knight, 1999).

Los *mecanismos fisiológicos* incluyen la participación en prácticas religiosas (como por ejemplo la oración) y relajación, por lo tanto, contribuyen a mejores resultados de salud (Hellman et al.,1990).

La *sociación* es un elemento clave de la asistencia religiosa y aumenta con la mayor participación religiosa (Ellison,1983). Los beneficios del apoyo social aparecen extensamente documentados de la literatura de la psicología de la salud; sin embargo, también aparecen las creencias religiosas que proporcionan beneficios al facilitar una mayor intimidad y conexión con los otros (Mytko y Knight, 1999).

En referencia a los mecanismos psicológicos, la espiritualidad y la religiosidad mejoran el bienestar psicológico, así como los niveles más bajos de depresión, ansiedad y desesperanza (Pargament et al., 1998) y, por consiguiente, afectan indirectamente a la salud física. Además, los factores de personalidad (como por ejemplo el optimismo) parecen influir en el vínculo entre el afrontamiento religioso y en el pronóstico de salud (Tarakeshwar et al., 2006). Siegel, Anderman y Schrimshaw (2001) propusieron que el afrontamiento religioso mejoraba los recursos psicológicos de la persona como el sentido de dominio o la autoestima, que ayudaba al individuo a construir un esquema cognitivo como buscar y encontrar significado.

El último mecanismo, el cognitivo, no ha sido ampliamente investigado como mediador en la relación entre el afrontamiento religioso y la superación del tratamiento del cáncer. Por lo tanto, se necesitaría más investigación en esta área para entender mejor los

factores, mecanismos y vías de acción específicos que median entre la religiosidad y espiritualidad en el tratamiento del cáncer.

Por otra parte, se ha descubierto que los pacientes diagnosticados de cáncer usan la espiritualidad/religiosidad para crear un significado de esperanza, dar sentido al significado y el propósito, mantener la autoestima y obtener confort emocional (Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar y Newman, 2006).

### **III.- Modelo de Pargament**

Pargament (1997) desarrolló el concepto de *afrentamiento religioso espiritual* basándose en la teoría del afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984). Pargament nos presenta el afrontamiento religioso como multiusos, con a variedad de funciones como: encontrar y dar significado, confort, pertenencia, resolución de problemas y orientación espiritual. Además, destaca que las experiencias religiosas no están reservadas exclusivamente para los tiempos de crisis, así como la religión no es el único modo de afrontamiento ante situaciones graves de la vida (Pargament, 1997).

A veces, las personas mantienen su modo de vida habitual a pesar de las amenazas que presentan diversos sucesos negativos hasta que se dan cuenta que eso no tiene más sentido y la nueva tarea será la de reconstruir nuevas creencias, valores, sentidos o modos de vivir; por lo que deberán iniciar un proceso que implique llevar a cabo una reestructuración del sentido de la vida como tarea de afrontamiento. Será más fácil acceder a un tipo de afrontamiento religioso cuando los recursos de la religión están al alcance de la persona de manera que forman parte de su sistema de creencias y puedan reorientar su vida y en el caso de cáncer, este tipo de reestructuración como medio de afrontamiento se da como mayor frecuencia (Feher y Maly, 1999).

#### **Afrentamiento religioso positivo y negativo.**

A pesar de ello, no todas las estrategias de afrontamiento religioso son beneficiosas para el paciente y podemos diferenciar entre afrontamiento religioso positivo y negativo:

*Afrentamiento religioso positivo* se refiere a las estrategias que reflejan un enfoque positivo hacia la religión como búsqueda de apoyo, significado y consuelo (Ano y Vascomcelles, 2005). Este tipo de afrontamiento se asocia con beneficios en el ajuste

psicosocial y Sherman y colaboradores (2005) encontraron que en los pacientes de cáncer predomina la confianza en el afrontamiento religioso positivo y sólo le dan uso al negativo en situaciones limitadas. El afrontamiento religioso positivo se refiere a las formas en que la espiritualidad/religión se organiza para poder reducir la experiencia de angustia y mejorar el funcionamiento adaptativo; y se asocia consistentemente con una mejor vida social y emocional en el contexto de eventos estresantes de la vida (Pargament et al.,2004).

*Afrontamiento religioso negativo* se consideran estrategias de involucración en dificultades religiosas y de dudas que conducen a resultados más pobres de ajuste psicosocial y, por lo tanto, se considera desadaptativo (Zwingmann et al., 2006).

Cabe destacar que los dos patrones de afrontamiento religioso no son mutuamente excluyentes, y las personas pueden ir saltando entre los dos o utilizarlos en diferentes momentos a lo largo de las diferentes fases de la enfermedad.

#### Estilos de Afrontamiento Religioso/Espiritual (R/S)

Pargament (1997) además describe tres estilos de afrontamiento religioso: el *colaborativo*, el *autodirigido* y el *evitativo*; que divergen en función del sentido de control que la persona se atribuye a sí misma y/o a la divinidad.

El *colaborativo* se refiere a un estilo de afrontamiento en el que una persona percibe el afrontamiento como una responsabilidad tanto suya como de Dios y la persona siente que trabaja junto a Dios para poder resolver sus dificultades de manera que la persona siente que no está solo ni que Dios actúa por sí mismo, sino que es un trabajo conjunto. Según Pargament (1997) este estilo se asocia con un mayor nivel de competencia personal y con diversos beneficios positivos como menores síntomas de ansiedad o sentimientos de culpa.

El *autodirigido* adopta una visión de que, aunque Dios existe, Dios no está directamente involucrado en su afrontamiento personal, sino que es la persona, quien a través de su práctica y de su fe religiosa, podrá pedir la ayuda e intervención de Dios buscando que se cumplan sus pedidos (Pargament,1997)

Por último, el estilo *evitativo* se basa en que el afrontamiento y el resultado de la enfermedad son completamente responsabilidad de Dios de manera que en estos

pacientes se puede observar frecuentemente una actitud pasiva donde se deja la situación “en manos de Dios” sin hacer nada por ella misma. Este estilo es el más utilizado en situaciones negativas donde se tienen muy poco control sobre los sucesos como en guerras, inundaciones...y además es también el más criticado por los psicólogos.

A pesar de ello, Pargament (1997), destaca que en algunos casos donde las personas utilizan este estilo de afrontamiento, no siempre caen en sensaciones de desesperanza al mantener su confianza en Dios y puede ser beneficioso siempre y cuando la persona a pesar de sentir que la situación se le escapa de las manos no pierde ni su esperanza ni su fe en el poder de Dios ya que esta postura se basa en la confianza ciega de la práctica espiritual.

#### Evaluación afrontamiento religioso en pacientes con cáncer

Tradicionalmente, la religión ha sido evaluada a través de dos métodos: el primer método medía la religiosidad utilizando índices globales como la asistencia a misa, frecuencia de oración o afiliación religiosa; y el segundo método, examinaba patrones estables de actitudes y creencias religiosas como las medidas de orientación religiosa intrínseca/extrínseca, el apego a Dios o las actitudes hacia la Iglesia (Pargament et al.,2011).

Ambos métodos no medían cómo la religión se relacionaba con situaciones de vida críticas, ni cómo la religión podría ser responsable de sus vínculos con el funcionamiento psicológico, social o físico. Por ello, los investigadores sobre el cuidado de la salud decidieron crear intervenciones que ayudarían a los pacientes a afrontar la situación de estrés a partir de recursos religiosos (Pargament et al., 2011).

En los últimos 15 años ha habido un aumento en el número de estudios que se focalizan en el papel de la religión en el afrontamiento para combatir los principales estresores de la vida como puede ser el diagnóstico del cáncer (Pargament, Feuille y Burdzy, 2011).

Por ello, para que un clínico pueda utilizar el afrontamiento religioso en el tratamiento, debe ser capaz de evaluarlo y medirlo efectivamente a pesar de que hoy en día aún no está del todo desarrollada la evaluación de la religión en el afrontamiento del cáncer (Karekla y Constantinou,2010).

Pargament a lo largo de su investigación identificó 4 medidas directas del afrontamiento religioso: “*the Religious problema solving scales* (RPSS;Pargament et al., 1988), “*the Religious Coping Activities Scale*” (RCAS;Pargament et al., 1990); *the long form of the RCOPE* (Pargament et al., 1998) y “*the Brief Religious Coping Scale*” (RCOPE; Pargament et al.,2000).

La *escala RPSS* se basa en la clasificación del afrontamiento religioso de Pargament y colaboradores (1988) y mide tres tipos: colaborativo, autodirigido y evitativo; de los que ya hemos hablado anteriormente y donde las investigaciones concluyen que los dos primeros tipos se correlacionan positivamente con la adaptación al cáncer (Nair y Merluzzi, 2003). A pesar de estas conclusiones, se requieren más investigaciones sobre sus propiedades psicométricas y su utilidad (Karekla y Constantinou,2010).

La *escala RCAS* mide el contenido de varias estrategias de afrontamiento potencialmente adaptativas y no adaptativas, como el descontento religioso, el apoyo religioso, las súplicas o la evitación religiosa. Se encontró que sólo un estudio utilizó esta medida y sus propiedades psicométricas tampoco están claramente definidas por lo que nuevamente se requiere más investigación (Karekla y Constantinou,2010).

La escala larga RCOPE es una medida multidimensional de afrontamiento religioso, y a pesar de no tener una utilidad clínica en su totalidad; algunos aspectos de la medida como buscar apoyo de miembros del clero o tener reevaluaciones benevolentes de Dios, están asociados con un estado de ánimo en adultos enfermos, mientras que otros aspectos como “someterse al control de Dios” estaban asociados con mayores niveles de depresión (Koenig, Pargament y Nielsen, 1988).

Los elementos incluidos en el RCOPE fueron seleccionados y diseñados para reflejar cinco funciones religiosas: significado, control, comodidad, intimidad y transformación de la vida y además, para reflejar la búsqueda de lo sagrado o la espiritualidad misma. Se esperaba que los elementos que reflejaran la función espiritual de la religión sirvieran también para otras funciones religiosas, particularmente las de comodidad e intimidad (Karekla y Constantinou,2010).

La escala RCOPE también es multimodal. Se seleccionaron los ítems de la escala que representaban cómo las personas emplean cognitivamente los métodos de afrontamiento religioso a través de pensamientos y actitudes como: “*Ví mi situación como parte del*

*plan de Dios*”; conductualmente como: *“Recé por un milagro”*, emocionalmente a través de sentimientos específicos que expresaban por ejemplo *“Sentí que mi Iglesia me rechazaba”*, y relacionalmente a través de acciones que involucrasen a otros: *“Ofrecí apoyo espiritual a mis amigos o familiares”*.

En tercer lugar, esta escala también es multivalente porque se basa en la suposición de que las estrategias religiosas de afrontamiento pueden ser adaptativas o desadaptativas y por ello se seleccionaron elementos de afrontamiento religioso que reflejaban métodos positivos – los que se basan en una relación generalmente segura con lo que el individuo pueda considerar sagrado- y métodos negativos, los que reflejan tensión, conflicto y lucha con lo sagrado (Pargament, Feuille y Burdzy, 2011). Sin embargo, no asumimos que los métodos de afrontamiento positivos sean invariablemente adaptativos, así como los métodos negativos sean invariablemente desadaptativos (Karekla y Constantinou, 2010).

La teoría de afrontamiento religioso postula que la eficacia de determinados métodos de afrontamiento está determinada por la interacción entre factores personales, situacionales y socioculturales, así como por la forma en que la salud y el bienestar se conceptualizan y se miden (Pargament, 1997). Por lo tanto, un método de afrontamiento religioso "positivo" que podría ser útil en una situación o contexto podría ser muy problemático en otro, como lo refleja el trabajo de Phelps et al (2009) que encontraron que el afrontamiento religioso positivo de los pacientes al final de la vida era predictivo de la búsqueda de cuidados costosos e invasivos que prolongan la vida. Por el contrario, un método de afrontamiento religioso "negativo" podría estar vinculado no solo a signos inmediatos de angustia psicológica, sino también a un crecimiento y bienestar a más largo plazo. Por esta razón, el término "lucha religiosa" se ha usado indistintamente con el afrontamiento religioso negativo porque la noción de lucha incorpora la posibilidad de crecimiento y transformación a través del proceso de afrontamiento (Pargament, Feuille y Burdzy, 2011).

Los ítems para el RCOPE fueron extraídos de estudios empíricos previos y de escalas existentes de afrontamiento religioso. El material para los artículos específicos también se recopiló a partir de la experiencia clínica y de entrevistas con personas que accedían a sus recursos religiosos y espirituales para hacer frente a una variedad de factores estresantes importantes. Usando este enfoque inductivo, se generaron aproximadamente

ocho ítems para cada una de las 21 subescalas. Mientras que el RCOPE completo es una herramienta integral valiosa, teóricamente basada para medir afrontamiento, su extensa longitud limita su utilidad. No se puede incluir fácilmente en una batería estándar de evaluaciones que podrían usarse en situaciones clínicas y de asesoramiento, ni puede aplicarse fácilmente a situaciones de investigación donde el espacio para las preguntas es un bien escaso. En consecuencia, el RCOPE no ha sido ampliamente utilizado. La clara necesidad de una versión condensada del RCOPE condujo al desarrollo de la escala Brief RCOPE.

La escala Brief RCOPE es la escala de medición de afrontamiento religioso más utilizada a pesar de las críticas que recibe por asumir qué estrategias de afrontamiento se consideran positivas o negativas, mientras que esto debería haber sido una pregunta empírica (Thune-Boyle et al., 2006). Sin embargo, los autores especifican que la clasificación de afrontamiento religioso positivo o negativo no se asumió, sino que se usó para reflejar el contenido de las escalas; es decir, la subescala de afrontamiento religioso positivo contiene más contenido redactado de manera positiva, mientras que la subescala negativa contiene más contenido redactado negativamente.

Los ítems de la escala *Brief RCOPE* como *the long form RCOPE* son positivos (como por ejemplo “Estoy consiguiendo consuelo y esperanza en mi fe religiosa”) y negativos (como por ejemplo, descontento espiritual: “Me pregunto por qué Dios me examinó”). En estos casos, estas medidas sí que parecen tener propiedades psicométricas adecuadas (Pargament et al., 2000).

El Brief RCOPE fue diseñado como una medida eficiente del afrontamiento religioso que conserva la base teórica y funcional del RCOPE, con 21 elementos del RCOPE utilizándose por primera vez con una muestra de personas que vivían cerca del sitio en Oklahoma City que se bombardeó en 1995, por lo que esta escala se diseñó para víctimas de ataques terroristas, aunque más tarde Pargament (2011) la adaptó a pacientes oncológicos. Se obtuvieron resultados donde claramente se identificaban elementos del afrontamiento religioso positivos y negativos y dio lugar al Brief COPE con dos subescalas. Cada subescala consta de 7 ítems que identifican grupos de métodos de afrontamiento religioso positivo y negativo (**ver tabla 1**)

**Tabla 1. Brief R-COPE** Adaptada a muestras mexicanas (Rivera-Ledesma y Montero-López,2007)

Ítems positivos	Ítems negativos
Traté de comprender que Dios me fortalecía a través de mi situación	Supuse que mi Iglesia me había abandonado
Junto con Dios, traté de llevar a cabo mis planes	Puse en entredicho el poder de Dios
Busqué la ayuda de Dios para poder olvidar mi enojo	Me sentí castigado por Dios por mi falta de devoción
Busqué el amor y el cuidado de Dios	Puse en entredicho el amor de Dios por mí
Pedí perdón por mis pecados	Me pregunté qué hice para que Dios me castigara así
Me enfoqué en la religión para dejar de preocuparme por mis problemas	Supuse que Dios me había abandonado
Busqué una cercanía más fuerte con Dios	Me sentí convencido de que el diablo había hecho que eso pasara

La subescala de afrontamiento religioso positivo (PRC) del Brief RCOPE se basa en un sentido de conexión con una fuerza trascendente, una relación segura con un Dios que se preocupa y la creencia de que la vida tiene un significado más benevolente (Pargament et al.,2011). La subescala de afrontamiento religioso negativo (NRC) del Brief RCOPE se caracteriza por signos de tensión espiritual, conflicto y lucha con Dios y otros, como se manifiesta por negativas reevaluaciones de los poderes de Dios (por ejemplo, sentirse abandonado o castigado por Dios), reconsideraciones demoníacas (es decir, sentir que el diablo está involucrado en el estresor), preguntas y dudas espirituales, y descontento religioso interpersonal (Pargament et al.,2011).

Se realizaron análisis factoriales confirmatorios del Brief RCOPE con una muestra de pacientes ancianos hospitalizados y una muestra de estudiantes universitarios (Pargament et al., 1998). En ambos casos, los análisis indicaron que la solución de dos factores proporcionó un ajuste razonable para los datos. Además, las subescalas de afrontamiento religioso positivo y negativo se relacionaron diferencialmente con medidas de salud física y salud mental. Los hallazgos indicaron que el uso de métodos de afrontamiento religioso positivo se relacionó con menos síntomas psicósomáticos y un mayor crecimiento espiritual después de lidiar con un factor estresante. Por el contrario, el enfrentamiento religioso negativo se correlacionó con más signos de angustia y síntomas psicológicos, peor calidad de vida y mayor insensibilidad hacia

otras personas. Las personas también informaron un uso considerablemente más frecuente de métodos de afrontamiento religioso positivos que negativos (Pargament et al., 2011).

Brief RCOPE ha demostrado una buena consistencia interna en una serie de estudios en muestras muy diferentes que incluyeron pacientes sometidos a cirugía cardíaca (Ai et al., 2009), mujeres afroamericanas con antecedentes de violencia en la pareja (Bradley, Schwartz y Kaslow, 2005) o en pacientes con cáncer (Cole et al., 2005), cuidadores de pacientes con cáncer (Pearce et al., 2003), entre otros.

En 2007 se llevó a cabo un estudio de medidas de afrontamiento R/S en sujetos mexicanos adultos, el Brief R-COPE pareció ser un instrumento válido y fiable únicamente en cuanto a la subescala de afrontamiento positiva cuando se aplicaba en adultos mayores de 50 años, y la subescala de afrontamiento negativo parecía requerir mayor investigación.

En un estudio llevado a cabo en Bogotá en 2009, se validó la escala Brief R-COPE para evaluar estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de seno; donde la dimensión religión obtuvo una media de 7.23 refiriéndose a la búsqueda de apoyo emocional y espiritual que hace la paciente con diagnóstico de cáncer de seno a través de la oración, lo cuál le permite tolerar las emociones que viven y buscar una esperanza.

### Estudios recientes

Según Echeverri Porras y Ballesteros (2004) la espiritualidad es un factor clave de afrontamiento en situaciones de enfermedad como el cáncer, reflejando el bienestar emocional y además, una calidad de vida favorable a lo largo de la enfermedad a mayor bienestar espiritual del paciente, consiguiendo identificar en los pacientes que cuentan con un componente espiritual de afrontamiento; mayor adaptación a la enfermedad y mayor adherencia al tratamiento, incluso actitudes asertivas frente al conocimiento de la evolución de la enfermedad.

En un estudio llevado a cabo en Irán en 2016, la mayoría de los participantes detectaban la importancia de que las enfermeras aprendan sobre la religión y las creencias y prácticas espirituales de diferentes tradiciones religiosas relacionadas con la atención

médica (Koenig,2012); y el uso de herramientas relevantes para poder evaluar las necesidades espirituales/religiosas (Darby et al.,2014). Por ello, las diferencias culturales deben ser consideradas en el desarrollo de intervenciones y provisión de cuidados espirituales, ya que los antecedentes culturales de cada paciente moldearan su respuesta ante situaciones difíciles en su vida (Asadi-Lari et al.,2012).

Además, numerosos estudios han examinado la relación entre la salud mental y la espiritualidad/religiosidad. Una parte creciente de esta literatura ha examinado la correlación entre religiosidad/espiritualidad, salud mental en pacientes con cáncer; y en el contexto del cáncer se ha encontrado que la religiosidad puede proporcionar recursos intrapersonales e interpersonales para gestionar la angustia y mejorar la adaptación saludable (Salsman et al, 2015).

Por último, en el primer metaanálisis correlacionando religiosidad y espiritualidad y los resultados de salud mental en el contexto del cáncer; se observó que la R/S tuvo una asociación positiva con la salud mental en diversas etapas de atención médica. Además, esta asociación positiva permaneció incluso después de eliminar los estudios que habían utilizado el bienestar espiritual como variable predictora R/S. La percepción de cambios positivos en la vida espiritual de un individuo se correlacionó con mejor salud mental, aunque se necesita más investigación para determinar si el crecimiento espiritual percibido afecta a la salud mental o viceversa (Salsman et al., 2015).

## **5.- Conclusiones**

El cáncer es la primera causa de muerte más frecuente en España, que genera un gran impacto emocional y una gran connotación psicosocial en la población; y por ello, tanto su diagnóstico como su tratamiento, deberán ser intervenidos también por profesionales de la psicooncología para tratar no sólo la parte más física sino también la parte más humana donde entraría la espiritualidad/religiosidad ya que es uno de los recursos más utilizados por pacientes que se encuentran en una situación complicada, siendo ésta una estrategia de gran ayuda en el ajuste a la enfermedad (Barreto y Soler, 2008).

Por ello, el papel del psicooncólogo será fundamental para ayudar al paciente y a su familia a afrontar la enfermedad con mayor calidad de vida, ya que los enfermos capaces de encontrar sentido a la vida durante la enfermedad reportan menor

sufrimiento psicológico, mayor bienestar espiritual y calidad de vida. Es importante que esta ayuda del psicooncólogo esté respaldada por el resto del equipo médico, y que sea un trabajo multidisciplinar que tenga consecuencias tanto físicas como psicológicas; para poder proporcionar al paciente y a su familia las herramientas necesarias para afrontar la enfermedad. Por ello es importante elaborar herramientas de acompañamiento espiritual, así como diseñar modelos de psicoterapia centrados en mejorar la calidad de vida y ajuste de la enfermedad de estos pacientes.

Para que los profesionales de la salud puedan llevar a cabo un acompañamiento más efectivo, es importante que consideren el papel de la espiritualidad/religiosidad como algo importante en la vida del paciente, para introducirla como método de intervención y evaluación a lo largo de la enfermedad y no únicamente en cuidados paliativos. Quienes por su ministerio se dedican al acompañamiento desde su compasión por el dolor ajeno, se encuentran preparados gracias a su formación religiosa y dimensión ética para ofrecer acompañamiento espiritual en el proceso de las diferentes fases de la enfermedad.

Algo importante desarrollado a lo largo de la revisión ha sido la espiritualidad y la religiosidad, como conceptos diferentes, pero a la vez conectados; y a través de la bibliografía se ha podido ver como son dos conceptos que en muchas ocasiones van de la mano y se complementan.

En cuanto al afrontamiento del cáncer y la religiosidad/espiritualidad, algunas investigaciones respaldan los beneficios psicológicos y físicos que tiene utilizar la religión como estrategia de afrontamiento en situaciones críticas, aunque Pargament destaca que las experiencias religiosas no están reservadas exclusivamente para tiempos de crisis, pero siempre puede suponer una ayuda. Es necesario mayor investigación ya que a lo largo de esta revisión se han podido ir encontrando varios fallos como: muestras pequeñas, y en la mayoría de los casos, únicamente muestras de población mayor; falta de información del número de participantes que participan dentro de a los que se les propone participar, falta de información sobre el lugar o el estadio de la enfermedad.

Los métodos de afrontamiento religioso que se fueron desarrollando no eran lo suficientemente precisos y por ello se desarrolló la escala Brief R-COPE. Es la escala más utilizada y según las investigaciones es una medida fiable y válida; y tanto la

subescala positiva (PRC) y la subescala negativa (NRC) han demostrado buena consistencia interna en una amplia gama de muestras. La mayoría de las investigaciones demuestran que ambas escalas no se asocian significativamente entre sí, aunque algunos estudios demuestran correlaciones positivas entre las escalas.

El uso del afrontamiento religioso positivo se ha visto relacionado con menores síntomas psicosomáticos y se correlaciona significativa y positivamente con bienestar, aunque el afrontamiento religioso negativo se relaciona con una peor calidad de vida y bienestar, y en algunos estudios se asoció con mayor angustia psicológica.

Son necesarios más estudios de la escala Brief- RCOPE para determinar en qué medida es útil en culturas fuera del contexto occidental (ya que se llevó a cabo mayor mente en población estadounidense y cristiana), y por ello serán necesarias modificaciones significativas para poder llevarlo a cabo en otros contextos.

Además, es necesario aportar mayor validez predictiva sobre la escala, para examinar hasta qué punto el afrontamiento religioso es estable o variable a lo largo del tiempo y de las situaciones. Esto es porque la mayor fortaleza (y a la vez debilidad) de la escala es la brevedad, que a la vez no ofrece una mirada extensa sobre los diferentes métodos de afrontamiento religioso. Sin embargo, a pesar de su brevedad, parece ser un buen instrumento de evaluación de los métodos de afrontamiento religioso y espiritual en el cáncer de una manera eficiente, psicométricamente sólida y teóricamente significativa.

Algo a destacar en el afrontamiento sería la personalidad de cada persona, que influye en las estrategias de afrontamiento ante situaciones complicadas de la vida como el padecimiento de un cáncer. Además, también se han llevado a cabo numerosos estudios que relacionan la espiritualidad/religiosidad con la salud mental, y se ha concluido que la R/S tiene una asociación positiva con la salud mental.

Como conclusiones, podemos ver cómo la religiosidad/espiritualidad supone un refuerzo en la vida del paciente oncológico y de su familia; y que en ocasiones en las que el paciente lo solicite debe meterse en el proceso de tratamiento a lo largo de la enfermedad, ya que en cualquier enfermedad a pesar de los sufrimientos físicos y psicológicos que ya conlleva la enfermedad en sí misma, también los pacientes pueden percibir un sufrimiento espiritual/religioso que no saben cómo gestionar y por ello

necesitarán de ayuda externa para poder manejarlo. Por ello es importante tener una mirada global del paciente para poder adaptarse a sus necesidades.

En el campo de investigación de medición del afrontamiento religioso/espiritual en el cáncer, es necesario mayor investigación para poder comprender cuándo las personas utilizan el afrontamiento religioso positivo y por el contrario, cuándo recurren al afrontamiento religioso negativo; así cómo, cuál es el impacto de oscilar entre ambos. Con estas investigaciones, se podría aprovechar más la religiosidad/espiritualidad como recurso en psicoterapia y como estrategia de intervención.

## Referencias bibliográficas

- Allmon, A. L., Tallman, B. A., & Altmaier, E. M. (2013, November). Spiritual growth and decline among patients with cancer. In *Oncology nursing forum*, 40 (6), 559-565. Oncology Nursing Society.
- Barbosa, S. C. U., Matamoros, F. A. S., & Pedraza, R. S. (2015). Desarrollo de una intervención centrada en espiritualidad en pacientes con cáncer. *Universitas Psychologica*, 14(1), 299.
- Bayés, R. (1991). *Psicología oncológica: (prevención y terapéutica psicológicas del cáncer)*. Ediciones Martínez Roca.
- Bermejo, J.C.(2012). Duelo y espiritualidad. *Revista Chilena de endocrinología*, 5 (4): 175-176.
- Breitbart, W., & Applebaum, A. (2011). Meaning- Centered Group Psychotherapy. *Handbook of psychotherapy in cancer care*, 137-148.
- Cruzado, J. A. (2003). La formación en Psicooncología. *Psicooncología*, 1, 9-19.
- Echeverri, M. R. M., Porras, C. M., & Ballesteros, B. P. (2004). Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al Centro Javeriano de Oncología. *Universitas Psychologica: La Revista*, 3, 231-246.
- Fernández, C. A., y Flores, A. B. (2011). Intervención Psicológica en Personas con Cáncer Psychological Intervention in Cancer Patients. *Clinica*, 2(2), 187-207.
- Galvis-López, M. A., y Pérez-Giraldo, B. (2011). Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer. *Aquichan*, 11(3).
- Hermosilla Ávila, Alicia, y Sanhueza Alvarado, Olivia. (2015). Emotional control, subjective happiness and personal satisfaction related to coping and adaptation in people with advanced cancer. *Ciencia y enfermería*, 21(1), 11-21.
- Instituto Nacional del Cáncer (6 de Julio de 2015). Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/dia-a-dia/fe-yespiritualidad/espiritualidad-pdq>

Jim, H. S., Pustejovsky, J. E., Park, C. L., Danhauer, S. C., Sherman, A. C., Fitchett, G., ... & Salsman, J. M. (2015). Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta- analysis. *Cancer*, 121(21), 3760-3768.

Karekla, M., & Constantinou, M. (2010). Religious coping and cancer: Proposing an acceptance and commitment therapy approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(4), 371-381.

Kelley, A. S., & Morrison, R. S. (2015). Palliative care for the seriously ill. *New England Journal of Medicine*, 373(8), 747-755.

Leyva-Pescador, Y., Solano-Arellano, G., Labrador-Ortega, L., Gallegos-Alvarado, M., & Ochoa-Estrada, M. C. (2011). Nivel de adaptación y afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama. *Revista Cuidarte*, 2(1).

López Ibor, M.I. (2007, May). Ansiedad y depression, reacciones emocionales frente a la enfermedad. En *Anales de Medicina Interna*, 40 (5), 209-211. Arán Ediciones, SL.

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

Nejat, N., Whitehead, L., & Crowe, M. (2017). The use of spirituality and religiosity in coping with colorectal cancer. *Contemporary nurse*, 53(1), 48-59.

Orbell, S., Hagger, M., Brown, V., & Tidy, J. (2004). Appraisal theory and emotional sequelae of first visit to colposcopy following an abnormal cervical screening result. *British journal of health psychology*, 9(4), 533-555.

Organización Mundial de la Salud. (Febrero 2017). Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

Pargament, K. I. (2001). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. Guilford Press.

Pargament, K., Feuille, M., & Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions*, 2(1), 51-76.

Pedraza, H. M. P., y Collazos, H. A. G. (2015). La comunicación del diagnóstico de cáncer como práctica saludable para pacientes y profesionales de la salud. *Revista Cuidarte*, 6(1), 964-9.

- Puchalski, C. M. (2001). The role of spirituality in health care. *Proceedings (Baylor University. Medical Center)*, 14(4), 352.
- Rivera Ledesma, A., & Montero López Lena, M. (2007). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud mental*, 30(1).
- Rohani, C., Abedi, H. A., Omranipour, R., & Langius-Eklöf, A. (2015). Health-related quality of life and the predictive role of sense of coherence, spirituality and religious coping in a sample of Iranian women with breast cancer: a prospective study with comparative design. *Health and quality of life outcomes*, 13(1), 40.
- Rosiles, L. P., & Munguía, D. C. (2014). Información sobre el diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico-uterino y satisfacción con la atención médica. *Psicología y Salud*, 15(1), 85-95.
- Sanz, J., & Modolell, E. (2004). Oncología y psicología: un modelo de interacción. *Psicooncología*, 1(1), 3-12.
- Schofield, P. E., Butow, P. N., Thompson, J. F., Tattersall, M. H. N., Beeney, L. J., & Dunn, S. M. (2003). Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Annals of oncology*, 14(1), 48-56.
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de psicología*, 75, 73-85.
- Urcuyo, K. R., Boyers, A. E., Carver, C. S., y Antoni, M. H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology & Health*, 20(2), 175-192.
- Vargas-Manzanares, S. P., Herrera-Olaya, G. P., Rodríguez-García, L., y Sepúlveda-Carrillo, G. J. (2010). Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. *Investigación en enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(1).
- Salsman, J. M., Pustejovsky, J. E., Jim, H. S., Munoz, A. R., Merluzzi, T. V., Park, C. L., ... & Fitchett, G. (2015). A meta-analytic approach to examining the correlation between religion/spirituality and mental health in cancer. *Cancer*, 121(21), 3769-3778.