

Xiomara Paucar Chris Vilca

El impacto de la fuerza de fe y el apoyo social como predictores del bienestar subjetivo en paciente

 My Files My Files Universidad Peruana Union

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::29566:487018086

Fecha de entrega

25 ago 2025, 11:14 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

20 oct 2025, 11:21 a.m. GMT-5

Nombre del archivo

TESIS XIOMARA Y CHRIS (2).docx

Tamaño del archivo

64.3 KB

36 páginas

8591 palabras

49.612 caracteres

14% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Coincidencias menores (menos de 12 palabras)

Fuentes principales

- 10%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 9%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 10%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 9%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.upeu.edu.pe	1%
2	Internet	repositorio.upeu.edu.pe:8080	<1%
3	Internet	www.scielo.org.pe	<1%
4	Internet	www.researchgate.net	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad de Manizales on 2025-04-21	<1%
6	Trabajos entregados	Ilerna Online Blackboard on 2025-02-08	<1%
7	Trabajos entregados	upeu on 2025-07-16	<1%
8	Internet	pdffox.com	<1%
9	Internet	repositorioacademico.upc.edu.pe	<1%
10	Trabajos entregados	upeu on 2024-11-28	<1%
11	Internet	preprints.scielo.org	<1%

12	Trabajos entregados	National University College - Online on 2025-02-14	<1%
13	Internet	revistas.ucm.es	<1%
14	Trabajos entregados	Universidad de San Martín de Porres on 2019-06-10	<1%
15	Publicación	O.A. Palacios-Rodríguez, D.M. Galarza-Tejada, C.E. Vázquez-Muñiz. "Dominios cult...	<1%
16	Trabajos entregados	Universidad San Marcos on 2025-08-11	<1%
17	Trabajos entregados	Universidad Católica San Pablo on 2022-03-14	<1%
18	Internet	repositorio.upn.edu.pe	<1%
19	Internet	www.acede.org	<1%
20	Trabajos entregados	Universidad Católica San Pablo on 2024-11-27	<1%
21	Trabajos entregados	Universidad de Las Palmas de Gran Canaria on 2023-05-29	<1%
22	Internet	addi.ehu.es	<1%
23	Internet	docplayer.es	<1%
24	Trabajos entregados	National University College - Online on 2025-06-05	<1%
25	Internet	dspace-uh-tmp.igniteonline.la	<1%

26	Internet	repositorio.uladech.edu.pe	<1%
27	Internet	www.ibge.gov.br	<1%
28	Internet	www.revistavive.org	<1%
29	Internet	www.scielo.sa.cr	<1%
30	Publicación	Pedro González Angulo. "Modelo explicativo de factores protectores socio ecologi...	<1%
31	Internet	renati.sunedu.gob.pe	<1%
32	Trabajos entregados	unsaac on 2025-05-28	<1%
33	Trabajos entregados	Universidad Inca Garcilaso de la Vega on 2019-11-27	<1%
34	Trabajos entregados	Universidad San Ignacio de Loyola on 2021-11-29	<1%
35	Trabajos entregados	Universidad de Caldas on 2023-04-20	<1%
36	Trabajos entregados	Universidad de Yacambú on 2024-03-19	<1%
37	Internet	catalonica.bnc.cat	<1%
38	Internet	repositorio.ucss.edu.pe	<1%
39	Internet	repositorio.unfv.edu.pe	<1%

40	Internet	repositorio.usmp.edu.pe	<1%
41	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	<1%
42	Internet	www.coursehero.com	<1%
43	Internet	www.dykinson.com	<1%
44	Internet	www.frontiersin.org	<1%

El impacto de la fuerza de fe y el apoyo social como predictores del bienestar subjetiva en pacientes con enfermedades crónicas en Lima Metropolitana

The impact of faith strength and social support as predictors of subjective well-being in patients with chronic diseases in Metropolitan Lima

Xiomara Nayeli Paucar Mendoza y Chris Cleisson Vilca Carranza

Escuela Profesional de Psicología, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú

Resumen

En nuestra actualidad, el incremento significativo de las enfermedades crónicas evidencia un desafío global para la salud de las personas, sosteniendo un gran efecto a nivel físico, mental y espiritual sobre su bienestar. Por ello este estudio tuvo como objetivo principal analizar como la fuerza de fe y el apoyo social predicen el bienestar subjetivo en pacientes con enfermedades crónicas de Lima Metropolitana. Se utilizó un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental y de corte transversal, participaron 360 pacientes de ambos sexos, de edades entre 18 y 65 años. Los instrumentos empleados fueron el Cuestionario de Fortaleza de Fe Religiosa de Santa Clara, la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) y el Índice de Bienestar General (WHO-5). Los resultados mostraron que hay una relación positiva y significativa entre la fuerza de fe y el apoyo social percibido sobre el bienestar subjetivo. Los coeficientes fueron: $r = 0.281$ para la fuerza de fe; en cuanto al apoyo social percibido, $r = 0.365$ para el apoyo social de la familia, $r = 0.367$ para el apoyo social de amigos y $r = 0.331$ para el apoyo social de otros. Estos hallazgos resaltan la relevancia de la fe y el apoyo social en la salud emocional de los pacientes crónicos, sugiriendo que al fortalecer estos factores podría beneficiar las intervenciones futuras.

Palabras clave: *enfermedades crónicas, fuerza de Fe, apoyo social, salud emocional, bienestar subjetivo*

Abstract

In today's world, the significant increase in chronic diseases highlights a global challenge for people's health, having a considerable impact on their physical, mental, and spiritual well-being. Therefore, the main objective of this study was to analyze how faith strength and social support predict subjective well-being in patients with chronic diseases in Metropolitan Lima. A quantitative approach was used, with a non-experimental and cross-sectional design. A total of 360 patients of both genders, aged between 18 and 65 years, participated in the study. The instruments used were the Santa Clara Religious Faith Strength Questionnaire, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), and the General Well-Being Index (WHO-5). The results showed a positive and significant relationship between faith strength, perceived social support, and subjective well-being. Multiple linear regression analysis indicated that these variables explained 19% of the variance in subjective well-being (adjusted $R^2 = .19$). The coefficients were: $r = 0.281$ for faith strength; regarding perceived social support, $r = 0.365$ for family support, $r = 0.367$ for support from friends, and $r = 0.331$ for support from others. These findings highlight the relevance of faith and social support in the emotional health of chronic patients, suggesting that strengthening these factors could benefit future interventions.

Keywords: *Chronic diseases, strength of faith, social support, emotional health, subjective well-being*

Introducción

6 Las enfermedades crónicas (EC) representan uno de los mayores desafíos de salud pública a nivel mundial debido a su impacto en la calidad de vida, la carga económica y la alta mortalidad asociada (León-Herrera et al., 2022). Se entiende que las EC son un conjunto de afecciones que repercuten en la salud de forma duradera y requieren de un tratamiento (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2023). Siendo estas, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes; las cuales afectan a la población mundial, produciendo más de 31,4 a 41 millones de muerte (Pan American Health Organization [PAHO], 2012; Mendis et al, 2015; Wekesah et al, 2018; Yosef, 2020; Organización Mundial de la Salud, 2023).

7 En los países de bajos recursos la mortalidad es del 77% (OMS, 2023), las estadísticas en Latinoamérica comprueban que 5.5 millones de muertes son causadas por las EC (Organización Panamericana de la Salud, 2019). En Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática reporto que el 9.8% de la población adulta padece de hipertensión arterial y en 2022 el Ministerio de Salud (MINSA) informó alrededor de 32 mil nuevos casos de Diabetes (INEI, 2021; MINSA, 2022). A causa de ello, el Perú se enfrenta cada vez a un mayor incremento de enfermedades no transmisibles y de salud mental (Morocho et al, 2021).

La evidencia que este tipo de enfermedades, al ser de larga duración y progresivas, afectan tanto la salud física como el bienestar emocional de quienes las padecen, haciéndolos vulnerables a trastornos psicológicos como la ansiedad, la depresión y el estrés crónico (Martínez-Soto & Ramos-Frausto, 2022). Un estudio realizado a pacientes con diabetes tipo 2 mostró que el apoyo emocional que recibieron fue de gran impacto para su salud, generando un

adecuado control de sus sentimientos además de permitir una mejoría en su calidad vida (Ramos-Pérez et al., 2019).

12 Con referencia a la fe, estudios han demostrado que la espiritualidad y la religiosidad juegan un papel importante en la felicidad y el bienestar de los adultos mayores, funcionando como ayuda para afrontar las enfermedades crónicas y encontrar un sentido en sus vidas. (Quiceno & Vinaccia, 2009; Saldías & Moyano, 2023). Entonces la evidencia muestra que la espiritualidad y a la religiosidad están relacionadas con el bienestar de los pacientes con enfermedades crónicas, lo que contribuye a su mejoría, y capacidad de adaptación (Urtiga et al., 2022; Iannello et al., 2022).

La relevancia del apoyo social y espiritual en pacientes con enfermedades crónicas ha sido objetivo de diversas investigaciones. Tales como un estudio realizado en China, que incluyó a 442 pacientes con cáncer avanzado, y utilizó cuestionarios autoinformados para analizar variables como la esperanza, el apoyo social, el afrontamiento espiritual positivo y la depresión, los cuáles mostraron que hubo efectos directos [$B = -0,220$, IC del 95%]; es decir, los resultados obtenidos confirmaron la existencia de una relación significativa entre las variables, sugiriendo que la esperanza actúa como un estado positivo que alivia los síntomas de depresión, al tiempo que fomenta el apoyo social y un afrontamiento espiritual positivo (Tao et al., 2022).

11 Por otro lado, un estudio de tipo cualitativo, hermenéutico, interpretativo y tipológico realizado en México, buscó caracterizar un tipo ideal de prácticas mágico-religiosas por parte de las madres de pacientes con enfermedades crónicas, la muestra estuvo conformada por 12 madres de pacientes pediátricos con enfermedades crónicas de los servicios de oncología, nefrología y gastroenterología, los resultados de dicho estudio mostraron que las practicas mágico-religiosas

son favorables para el bienestar social y espiritual por parte de las personas que viven un proceso de enfermedad (Ayala-Galván et al., 2023).

De acuerdo con este estudio, otra investigación realizada en Guadalajara (México), con la participación de 40 pacientes (48%) con enfermedades crónicas y 51 profesionales de la salud (52%), muestra que los pacientes consideran el “bienestar” en sus vidas más que los profesionales de la salud; debido a que ellos lo relacionan con el cuidado de su salud, la convivencia con la familia y amigos, además del soporte espiritual; por el contrario, los profesionales relacionan el bienestar con la comodidad, estabilidad, confianza y una actitud positiva (Torres-López et al., 2015).

4 A nivel nacional, una investigación de tipo descriptivo busco describir los elementos psico- espirituales en pacientes oncológicos por medio de la aplicación de la escala Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well Being (FACIT-Sp). Tuvo una muestra de 100 pacientes diagnosticados con cáncer estadio IV, de los cuales 88 eran casos ambulatorios y 12 estaban hospitalizados. Los resultados mostraron que el área más resaltante fue “fe” con un puntaje promedio de $13,53 \pm 3,05$ y el más bajo fue “bienestar funcional” con un puntaje promedio= $15,79 \pm 6,89$, cada uno correspondiente a su puntaje máximo. Por lo que de acuerdo con el FACIT-Sp, la Fe fue el área más desarrollada en los pacientes de la muestra estudiada, a comparación del área de Bienestar Funcional que fue la menos desarrollada (Pedraz-Petrozzi et al., 2020) por otro lado, en 59 pacientes diabéticos que pertenecían a un programa instructivo de un hospital nacional, alcanzaron resultados elevados y notables con relación a un apoyo en su entorno y el ejercicio de la espiritualidad en sus vidas (Krederdt-Araujo et al., 2019). En este contexto, cobra relevancia explorar factores que puedan actuar como recursos de apoyo emocional y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Tomando en cuenta la investigación realizada por Iannello et al. (2022), la fe y el apoyo social se perfilan como variables psicológicas y sociales que pueden influir positivamente en el bienestar subjetivo de personas con enfermedades crónicas. La fe, entendida como la fortaleza espiritual o religiosa, ha demostrado en estudios previos ser una fuente de resiliencia, ayudando a las personas a encontrar propósito y sentido en su vida frente a la adversidad. De manera similar, el apoyo social provee un entorno emocional y de respaldo que favorece la adherencia al tratamiento y el manejo emocional de la enfermedad. No obstante, la investigación específica sobre cómo estos factores predicen el bienestar subjetivo en pacientes con enfermedades crónicas en el contexto peruano es aún limitada.

6 Las enfermedades crónicas (EC) representan actualmente uno de los mayores desafíos de salud pública a nivel mundial, debido a su impacto en la calidad de vida, la carga económica que generan y la alta mortalidad asociada (León-Herrera et al., 2022). Las EC son afecciones de larga duración que requieren tratamiento constante, siendo las más comunes las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2023). Estas patologías causan entre 31.4 y 41 millones de muertes al año en todo el mundo (PAHO, 2012; Mendis et al., 2015; Wekesah et al., 2018; Yosef, 2020; OMS, 2023).

42 En países de bajos recursos, el 77% de estas muertes ocurren debido a la limitada infraestructura sanitaria (OMS, 2023). En Latinoamérica, las EC provocan aproximadamente 5.5 millones de muertes (OPS, 2019). En el Perú, el 9.8% de la población adulta sufre de hipertensión arterial (INEI, 2021), y en 2022 el Ministerio de Salud (MINSA) reportó más de 32 mil nuevos casos de diabetes (MINSA, 2022). Este panorama evidencia el creciente impacto de

las enfermedades no transmisibles en el país, así como sus implicancias sobre la salud mental (Morocho et al., 2021).

24 Debido a su carácter prolongado y progresivo, las EC afectan no solo la salud física, sino también el bienestar emocional de los pacientes. La evidencia indica una mayor vulnerabilidad a trastornos psicológicos como la ansiedad, la depresión y el estrés crónico (Martínez-Soto & Ramos-Frausto, 2022). Frente a esta realidad, el apoyo emocional se convierte en un recurso crucial: estudios realizados en personas con diabetes tipo 2 señalan que el apoyo emocional mejora el manejo emocional y favorece una mejor calidad de vida (Ramos-Pérez et al., 2019).

En este contexto, se ha reconocido el papel de la espiritualidad y la religiosidad como recursos internos que ayudan a los pacientes a afrontar su enfermedad, encontrar sentido en su experiencia y experimentar bienestar emocional (Saldías & Moyano, 2023). Investigaciones indican que tanto la fe como la religiosidad están relacionadas con una mayor capacidad de adaptación ante las EC (Urtiga et al., 2022; Iannello et al., 2022). En China, un estudio con 442 pacientes con cáncer avanzado reveló que la esperanza, el apoyo social y el afrontamiento espiritual se asocian con menores niveles de depresión (Tao et al., 2022).

Asimismo, estudios cualitativos realizados en México evidencian que las prácticas mágico-religiosas empleadas por madres de niños con EC contribuyen al bienestar espiritual y social durante el proceso de enfermedad (Ayala-Galván et al., 2023). Otra investigación realizada en Guadalajara mostró diferencias en la concepción del bienestar entre pacientes y profesionales de la salud: los primeros lo asocian con el cuidado emocional, social y espiritual, mientras que los segundos priorizan aspectos funcionales (Torres-López et al., 2015).

A nivel nacional, se ha explorado el componente espiritual en pacientes con cáncer avanzado mediante la escala FACIT-Sp, hallando que la fe es el aspecto más desarrollado en comparación con otras dimensiones del bienestar (Pedraz-Petrozzi et al., 2020). De manera similar, pacientes diabéticos reportaron mejoras significativas al integrar la espiritualidad y el apoyo social como parte de su tratamiento (Krederdt-Araujo et al., 2019).

Pese a la creciente evidencia internacional y regional, en el contexto peruano todavía existe un vacío en la investigación sobre cómo variables como la fuerza de fe y el apoyo social actúan como predictores del bienestar subjetivo en pacientes con enfermedades crónicas. Identificar estos factores es esencial, ya que pueden actuar como recursos protectores y promover una mejor calidad de vida y adherencia al tratamiento.

37 Por ello, el objetivo de este estudio es analizar cómo la fuerza de fe y el apoyo social actúan como predictores del bienestar subjetivo en pacientes con enfermedades crónicas en Lima Metropolitana.

Metodología

3.1 Diseño

43 El estudio es de tipo predictivo, ya que se explorará una relación funcional pronóstica mediante una variable criterio a partir de dos variables predictoras (Ato et al., 2013), teniendo un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental ya que no se manipularán las variables de estudio, empleando un corte transversal ya que se efectúa en un tiempo determinado (Hernández et al., 2014).

3.2 Participantes

Para el estudio el tamaño de la muestra fue determinado por un muestreo no probabilístico por conveniencia (Otzen y Manterola, 2017), por las características y la accesibilidad a la población. Se contó con la participación de 360 pacientes del sexo masculino y femenino, entre las edades de 18 y 65 años con enfermedades crónicas del centro Materno Infantil Miguel Grau, Hospital Hipólito Unanue, Hospital Lima Este Vitarte y Hospital III Emergencias Grau.

Aún que se uso un muestreo no probabilístico, la cantidad de participantes (N=360) fue considerado adecuado en los análisis estadísticos, también para las correlaciones y regresiones, sosteniendo una potencia estadística competente para reconocer relaciones significativas en las variables de estudio y una representación adecuada para los objetivos de este estudio y de la población estudiada en Lima Metropolitana

Dentro de los criterios de inclusión, participaron aquellos pacientes con las facultades de resolver el cuestionario y de nacionalidad peruana que estén dentro del rango de edad de 18 a 65 años. En los criterios de exclusión no se consideró a pacientes menores de los 17 años ni mayores de los 66 años, que no tengan nacionalidad peruana y aquellos que no dieron su consentimiento informado.

En la tabla 1 se muestra que la mayoría de los participantes fueron mujeres (57.7%). El 47.2% tenían la edad de 40 a 59 años y el 26.9% tenía su estado civil de casados. Por otro lado, el 38.9% manifestó no tener un trabajo. Dentro de los diagnósticos se observó que el 40.5% tienen enfermedades endocrinas, además que el tiempo de diagnóstico osciló de 1 a 3 años con 33.6%. El 57.5% de los participantes son católicos.

Tabla 1
Datos sociodemográficos de los estudiantes de la Universidad Peruana Unión

Dato	n	%
Sexo		
Femenino	208	57.7%
Masculino	152	42.2%
Edad		
De 18 a 39 años	90	25.0%
De 40 a 59 años	170	47.2%
De 60 a 65 años	100	27.7%
Estado civil		
Soltero	90	25.0%
Conviviente	95	26.4%
Casado	97	26.9%
Divorciado	41	11.4%
Viudo	37	10.3%
Ocupación		
Sin ocupación	140	38.9%
Trabajo dependiente	104	28.9%
Trabajo independiente	116	32.2%
Diagnóstico		
Endocrinos	146	40.5%
Oncológicos	30	8.3%
Infecciosas	20	5.5%
Cardiovasculares	128	35.5%
Reumatológicas	23	6.4%
Otros	13	3.6%
Tiempo de diagnóstico		
Menos de 1 año	77	21.3%
1 a 3 años	121	33.6%
4 a 7 años	72	20.0%
8 a más	90	25.0%
Religión		
Católica	207	57.5%
Cristiana	54	15.0%
Evangélico	20	5.5%
Adventista	42	11.6%
Otros	37	10.2%

3.3 Instrumento

El Cuestionario de Fortaleza de la Fe Religiosa de Santa Clara (Plante & Boccaccini, 1997), fue adaptado al contexto peruano por Caycho et al. (2022), traduciendo el instrumento al español y para la evaluación de sus propiedades por análisis factorial confirmatorio, análisis de invarianza factorial por sexo y edad, análisis de confiabilidad y análisis de los ítems mediante teoría de respuesta al ítem. Siendo un cuestionario unidimensional y conformado por 10 ítems. El cual presenta adecuados índices de ajuste ($\chi^2 = 99.19$; $df = 35$; $p = 0.000$; $RMSEA = 0.087$; $CFI = 0.99$; $TLI = 0.99$) y una alta consistencia interna ($\alpha = 0.97$; $\omega = 0.97$).

El instrumento está compuesto por 10 ítems en un formato tipo Likert de 4 puntos, donde 1 significa "Totalmente en desacuerdo" y 4 "Totalmente de acuerdo". El puntaje total se obtiene sumando las respuestas, con un rango que va de 10 a 40 puntos. Un puntaje más alto indica una mayor fortaleza de la fe religiosa. No se definieron puntos de corte específicos; la interpretación es continua, lo que significa que a medida que aumenta la puntuación, también lo hace el nivel de fortaleza de la fe.

La validación se llevó a cabo con una muestra de 245 adolescentes y adultos de Lima, Perú, quienes fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. La edad promedio de los participantes era de 21.04 años ($DE = 3.07$), con un 47.8% de hombres y un 52.2% de mujeres.

La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS; Zimet et al., 1988) fue adaptada para el contexto peruano por Nicho-Almonacid et al. (2023), basándose en la versión chilena que previamente había sido traducida al español por Arechabala y Miranda (2002). Esta adaptación incluyó una evaluación de las propiedades psicométricas a través de un análisis factorial confirmatorio (AFC), un

análisis de invarianza factorial por sexo, un análisis de confiabilidad utilizando el coeficiente omega ordinal, y un análisis de validez tanto convergente como discriminante. La estructura factorial bifactor mostró índices de ajuste bastante buenos ($\chi^2 = 195.08$; $gl = 42$; $\chi^2/gl = 4.645$; CFI = 0.990; TLI = 0.984; RMSEA = 0.084 [IC90%: 0.072-0.096]; SRMR = 0.027; WRMR = 0.993), y el coeficiente omega resultó ser alto tanto para el factor general ($\omega = 0.97$) como para sus tres dimensiones: familia ($\omega = 0.90$), amigos ($\omega = 0.96$) y otros significativos ($\omega = 0.93$).

El instrumento consta de 12 ítems que se agrupan en tres dimensiones: familia, amigos y otras personas significativas. Utiliza un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos, donde 1 significa "Casi nunca", 2 es "A veces", 3 se traduce como "Con frecuencia" y 4 representa "Casi siempre o siempre". Para obtener el puntaje total, simplemente se suma las puntuaciones de todos los ítems. Así, una puntuación más alta indica un mayor nivel de apoyo social percibido. La interpretación de los resultados se lleva a cabo de manera continua, sin establecer puntos de corte específicos.

La validación se llevó a cabo con una muestra de 520 estudiantes universitarios de Lima Metropolitana, quienes fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. De este grupo, el 56% eran mujeres y el 44% hombres, con edades que oscilaban entre 18 y 61 años ($M = 24.89$; $DE = 5.17$).

El Índice de Bienestar General (WHO-5 Well-Being Index; Simancas-Pallares et al., 2016) fue adaptado para el contexto peruano por Caycho-Rodríguez et al. (2020). Esta adaptación incluyó la traducción del instrumento al español y la evaluación de sus propiedades psicométricas a través de análisis factorial confirmatorio, análisis de invarianza factorial según sexo y grupo etario, y la evaluación de la confiabilidad utilizando el coeficiente omega. La estructura unidimensional del instrumento mostró índices de ajuste bastante buenos ($\chi^2 = 9.667$;

4 $g1 = 4$; $p > 0.05$; $\chi^2/g1 = 2.416$; $CFI = 0.994$; $RMSEA = 0.053$ [IC90 %: 0.006-0.097]; $SRMR = 0.018$), y la confiabilidad fue considerada aceptable ($\omega = 0.758$).

8 El WHO-5 WBI está compuesto por 5 ítems que se evalúan en una escala tipo Likert de 4 puntos (0 = "Nunca", 1 = "A veces", 2 = "Muchas veces", 3 = "Siempre"). Para obtener el puntaje total, simplemente sumas las respuestas a los 5 ítems; un puntaje más alto refleja un mayor nivel de bienestar general. La interpretación se lleva a cabo de manera continua, sin fijar puntos de corte específicos.

34 La validación se llevó a cabo con una muestra de 321 estudiantes universitarios de Perú, cuyas edades oscilan entre 17 y 32 años ($M = 20.59$; $DE = 2.43$). Estos estudiantes fueron seleccionados utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia.

3.4 Procedimiento

15 La presente investigación fue evaluada y aprobada por el Comité de Ética de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Peruana Unión, con el número de aprobación 2024-CEB-FCS – UpeU-206/2024. Además, se solicitó los permisos correspondientes de los centros y/o hospitales donde se aplicó dicha encuesta.

La aplicación de los instrumentos se realizó de manera presencial, mediante entrevistas directas con los participantes en los centros de salud y hospitales mencionados. Los cuestionarios fueron administrados de forma física, y una vez recolectados, los datos fueron digitalizados y transcritos a un formulario de Google para su organización y limpieza, facilitando el análisis estadístico. Cabe recalcar, si bien una parte de los participantes completaron los cuestionarios solos, hubo gran parte de los participantes a los que se les leyó el cuestionario para asegurar la comprensión y facilitar la recolección de respuestas.

7 Por otro lado, que se respetaron todos los principios éticos de investigación en humanos de la Declaración de Helsinki (AMM, 2013). Asimismo, se cumplió el principio del consentimiento informado que se presentó a cada participante, así como el principio de justicia, ya que este estudio no representó daño alguno para los participantes. También se garantizó el principio de confidencialidad tomando las precauciones necesarias para resguardar la privacidad de quien participo en la investigación, ya que toda la información recopilada fue exclusiva para el presente estudio, y no se compartirá información que comprometa a la persona o instituciones; considerándose así el Código de Ética del Colegio de Psicólogos del Perú (2017).

3.5 Análisis de los datos

40 El procesamiento de la información fue ejecutado en Microsoft Excel y el análisis de datos se ejecutó en el software estadístico R Studio versión 4.1.4, usándose el “PerformanceAnalytics”, “readxl” (Wickham & Bryan, 2022). A nivel descriptivo, para las variables numéricas se estimarán medidas de tendencia central y de dispersión; para las variables categóricas se estimarán frecuencias absolutas y relativas.

22 A nivel multivariado, inicialmente se realizó un análisis del supuesto estadístico de normalidad para variables numéricas, a partir de ello se utilizará una prueba paramétrica o no paramétrica para determinar la influencia de las variables (Ramirez, 2017). Posteriormente, para examinar el impacto de la fuerza de fe y el apoyo social sobre el bienestar subjetivo, se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple. Señalando que previo a su ejecución, se consideró la verificación de los supuestos paramétricos inherentes a este modelo. Pues si bien la presentación detallada no será reportada en esta sección por motivos de concisión y enfoque en los resultados principales, se confirma que los datos se ajustan a los requisitos necesarios para la aplicación de este análisis.

Resultados

4.1 Análisis de normalidad

La tabla 2 presenta los estadísticos descriptivos de las variables de estudio a través de la media, la desviación estándar, asimetría y curtosis. Se evidencia que la mayoría de las puntuaciones de asimetría y curtosis de las variables se encuentran dentro del rango ± 1.0 (Lloret-Segura et al., 2014), con valores que indican que los datos presentan una distribución normal. De esta manera, para los análisis estadísticos correspondientes se usan pruebas paramétricas.

Tabla 2

Análisis descriptivos de las variables

Variables	Min	Max.	M	D.E	g1	g2
Bienestar subjetivo	5	20	11	3.18	0.31	-0.26
Fuerza de Fe Religiosa	10	40	28	6.97	-0.16	-0.46
Apoyo Social Percibido						
Familia	4	16	12	2.89	-0.85	0.53
Amigos	4	16	11	3.31	-0.60	-0.75
Otros	4	16	12	3.0	-0.67	0.09

Nota: Min.=Mínimo; Max.=Máximo; M=Media; D.E.=Desviación Estándar; g1=Asimetría; g2=Curtosis.

4.1 Análisis de correlación entre las variables

En la tabla 3 se puede apreciar que el coeficiente de correlación de Pearson indica que existe una relación positiva y altamente significativa entre el bienestar subjetivo y las variables de fuerza de fe y apoyo social percibido. Se encontró que la fuerza de fe tiene una correlación positiva significativa con el bienestar subjetivo ($r = 0.281$; $p < .001$), lo que sugiere que un mayor nivel de fuerza de fe está asociado con un mayor bienestar subjetivo. Asimismo, el apoyo social percibido de la familia mostró una correlación positiva significativa ($r = 0.365$; $p < .001$).

Esto indica que cuanto mayor es el apoyo social recibido por parte de la familia, mayor es el bienestar subjetivo de los participantes. De manera similar, el apoyo social percibido de amigos también mostró una correlación positiva significativa con el bienestar subjetivo ($r = 0.367$; $p < .001$), lo que significa que, a mayor apoyo social de amigos, mayor es el bienestar subjetivo. Por último, el apoyo social percibido de otras personas presentó una correlación positiva significativa con el bienestar subjetivo ($r = 0.331$; $p < .001$), indicando que el apoyo de otras personas, fuera del círculo familiar o de amigos cercanos, también está asociado con un mayor bienestar subjetivo.

Tabla 3

Análisis de correlación entre las variables de estudio

	Bienestar subjetivo	
	r	p
Fuerza de fe	0.281	.000
Apoyo social percibido		
Familia	0.365	.000
Amigos	0.367	.000
Otros	0.331	.000

**La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral)

**La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral)

4.2 Análisis de regresión entre las variables

Con el propósito de determinar las variables predictoras del bienestar subjetivo de los participantes se realizó un análisis de regresión lineal múltiple. Se introdujo al modelo la fuerza de fe y el apoyo social percibido.

Se encontró en los resultados de este análisis, que el modelo de dichas variables aporta significativamente al modelo que predice el bienestar subjetivo ($F = 22.79$; $p < .001$). De esta

manera, el valor de R^2 ajustado fue de .19, lo que significa que el 19% de la varianza de bienestar subjetivo puede ser explicado por este modelo.

Los coeficientes de regresión, detallados en la Tabla 4, muestran las contribuciones individuales de las variables predictoras. El coeficiente de la variable fuerza de fe (TFE) mostró un efecto positivo significativo sobre el bienestar subjetivo, con un incremento de 0.08 unidades en el bienestar subjetivo por cada unidad adicional de fuerza de fe ($\beta = .083$; $p < .001$). Por otro lado, el apoyo social de familia (TASF) mostró un efecto positivo marginalmente significativo sobre el bienestar subjetivo, aumentando en 0.16 unidades por cada unidad adicional de apoyo de familia ($\beta = .159$; $p = .05$). En cuanto a apoyo social amigos (TASA), mostró un efecto positivo significativo ($\beta = .234$; $p < .001$), indicando que a medida que aumenta el apoyo amigos, también lo hace el bienestar subjetivo. Sin embargo, el apoyo social de otras personas (TASO) no es una variable predictora del bienestar subjetivo ($\beta = .0315$; $p = .69$).

Tabla 4

Coeficiente de regresión del impacto de la fuerza de fe y apoyo social sobre el bienestar subjetivo

	Coeficiente no estandarizado β	Error Estándar	t	p
(Intercept)	4.765	0.763	6.244	.000
Fuerza de fe	0.083	0.023	3.567	.000
Apoyo Social Percibido				
Familia	0.159	0.083	1.907	.057
Amigos	0.234	0.055	4.195	.000
Otras personas	0.031	0.078	0.399	.690

Nota: Variable dependiente =bienestar subjetivo

Discusión

35 El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el impacto de la fuerza de fe y el apoyo social como predictores del bienestar subjetivo en pacientes con enfermedades crónicas, residentes de Lima Metropolitana. Los resultados obtenidos confirman la hipótesis planteada, mostrando que tanto la fuerza de fe como las dimensiones de apoyo social —familia, amigos y otros— son predictoras significativas del bienestar subjetivo.

Los hallazgos subrayan que la fuerza de fe es una variable predictora del bienestar subjetivo, lo cual sugiere que los pacientes con mayor nivel de fe religiosa tienden a experimentar mayor satisfacción y bienestar emocional en su vida cotidiana. Este resultado es consistente con investigaciones previas que destacan el papel de la espiritualidad como un recurso positivo en la gestión emocional y psicológica de las enfermedades crónicas (González-Rivera et al., 2018; Iannello et al., 2022; Rivera et al., 2022). La espiritualidad y la religiosidad permiten a los pacientes encontrar un sentido de propósito y resignificación en medio de la adversidad, actuando como fuentes de resiliencia emocional que mitigan el impacto del sufrimiento y la incertidumbre (Saldías & Moyano, 2023; Urtiga et al., 2022). Adicionalmente, estudios indican que la espiritualidad no solo permite la conexión con sí mismo, sino también facilita la trascendencia y un afrontamiento positivo, promoviendo un mayor bienestar subjetivo en pacientes con enfermedades crónicas (Saldías & Moyano, 2023; Urtiga et al., 2022). La fe, entonces, no solo proporciona un sistema de creencias, sino también un recurso cognitivo y emocional esencial que facilita la adaptación psicológica en situaciones de salud complejas y ante eventos estresantes (Koenig, 2012; Pedraz-Petrozzi et al., 2020).

En relación con el apoyo social, los resultados obtenidos indican una correlación positiva y significativa con el bienestar subjetivo, particularmente en el caso del apoyo familiar. Este

hallazgo sugiere que la red familiar es un factor esencial para el bienestar emocional de los pacientes con enfermedades crónicas. El apoyo familiar juega un papel crucial en el bienestar emocional de los pacientes con enfermedades crónicas, como proporcionar un entorno de seguridad y respaldo, contribuyendo así a la salud mental (Yang et al. 2022). Estudios previos han identificado a la familia como un recurso emocional clave en el manejo de enfermedades prolongadas (Vega & González, 2009; Dunst, 2022; Petersen et al., 2023), reforzando la percepción de los individuos de contar con un entorno seguro y de respaldo, lo cual, a su vez, fomenta la adherencia al tratamiento y la estabilidad emocional (Alatawi et al., 2024). Este apoyo familiar no solo contribuye a la tranquilidad emocional de los pacientes, sino que también impacta en la percepción de su calidad de vida y en su capacidad para enfrentar los desafíos de la cronicidad. De forma similar, el apoyo social proveniente de amigos se correlaciona significativamente con el bienestar subjetivo. Este hallazgo destaca el valor de las conexiones sociales amplias para la salud mental, indicando que poseer un círculo de apoyo social fomenta un mayor sentido de pertenencia, reduce la ansiedad y fortalece la resiliencia emocional (Procidano y Heller, 1983). Este sentido el apoyo social mejora directamente la satisfacción con la vida y contribuye a un mayor equilibrio emocional (Azañedo et al., 2021). Este tipo de apoyo es crucial para los pacientes crónicos, pues les ayuda a enfrentar de manera efectiva el estrés y a reducir el aislamiento social que puede acompañar las enfermedades prolongadas.

En cuanto al apoyo social de otras personas se evidencia una relación notable sobre la percepción del bienestar subjetivo, puesto que el soporte que reciban estos pacientes ayuda a disminuir factores causados por las enfermedades como el estrés, poca estima, y fomenta su confianza y capacidades permitiendo un mayor bienestar subjetivo (Luo et al., 2023). De tal forma, la presencia de figuras importantes dentro de la red de apoyo actúa como recurso

protector contra los problemas de salud mental, promoviendo también una percepción más positiva (Farriol- Baroni et al., 2021). Adicionalmente, en contexto de redes sociales, la conexión con otras personas actúa como predictor, relacionándose de manera directa con la satisfacción personal y emocional, sugiriendo que las relaciones sólidas y de confianza potencian el bienestar subjetivo al satisfacer necesidades de pertenencia y apoyo mutuo (Hsu et al., 2020).

A pesar de que diversos estudios han evidenciado la importancia del apoyo social en la salud mental, en los resultados de esta investigación el apoyo social de otras personas no se identificó como un predictor significativo del bienestar subjetivo. Esta discrepancia puede explicarse a partir de investigaciones recientes que sugieren que el apoyo social actúa más como un factor mediador o modulador, antes que como un predictor directo del bienestar. Por ejemplo, Mao et al. (2024) encontraron que el apoyo social solo predice el bienestar subjetivo de manera indirecta, a través del balance afectivo y otras variables emocionales. Asimismo, Hidalgo-Fuentes et al. (2024) demostraron que el apoyo social se relaciona con el bienestar subjetivo cuando se analiza en conjunto con la inteligencia emocional, lo que resalta su papel como parte de una estructura interrelacionada de variables psicosociales. Por otro lado, estudios recientes muestran que la soledad tiene una asociación más fuerte con los síntomas de malestar psicológico que la ausencia de apoyo social, lo que indica que este último funciona como un recurso protector, pero no necesariamente como un determinante principal del bienestar (Prati et al., 2023). En el entorno digital, también se ha observado que el apoyo social percibido potencia el bienestar emocional solo cuando se acompaña de vínculos significativos, sin constituirse por sí solo en un predictor estable (Huang & Fann, 2024). En este sentido, los hallazgos del presente estudio se alinean con la evidencia reciente, al mostrar que el apoyo social de otras personas, si bien relevante, no explica por sí mismo las variaciones en el bienestar subjetivo.

13 Los hallazgos encontrados, que demuestran la influencia positiva de la fuerza de fe y el apoyo social percibido en el bienestar subjetivo de pacientes con enfermedades crónicas, se encuentran en relación con las perspectivas teóricas integrales sobre la salud y la motivación.

5 Nuestros resultados hablan con el Modelo Biopsicosocial propuesto por Engel (1977, 1980). Pues este modelo trasciende la visión biomédica de la enfermedad al postular que la salud y la enfermedad son el resultado de la interacción dinámica de factores biológicos, psicológicos y sociales. En este estudio, el contexto de la enfermedad crónica representa el componente biológico. Sin embargo, el impacto de la fuerza de fe como un recurso psicológico/espiritual y el apoyo social como un factor social en el bienestar subjetivo destaca la importancia de considerar la dimensión psicosocial, como enfatiza Engel. Nuestros hallazgos refuerzan que para una comprensión integral y un abordaje efectivo de la salud en estos pacientes, es imprescindible ir más allá de los síntomas físicos, y atender las dimensiones emocionales, cognitivas y contextuales de la persona.

16 Asimismo, lo significativo del apoyo social en el bienestar subjetivo se puede interpretar en la Teoría de la Autodeterminación (TAD) de Deci y Ryan (2000). Teoría que postula que los seres humanos poseen tres necesidades psicológicas básicas e innatas: competencia, autonomía y relación/vinculación. El apoyo social proporciona un sentido de conexión y pertenencia, que satisface directamente la necesidad de relación/vinculación, lo cual es crucial para la automotivación, el desarrollo psicológico saludable y el bienestar general. En los pacientes con enfermedades crónicas que a menudo enfrentan desafíos a su autonomía y competencia por su condición, el apoyo social percibido se convierte en un pilar importante que les permite sentirse conectados y valorados, contribuyendo así mismo a su bienestar subjetivo. De esta manera, la fuerza de fe como recurso interno puede estar vinculada a un sentido de propósito y control

personal, que aún que no son elementos directamente nombrados como necesidades básicas en el TAD, pueden alinearse con la autonomía como la voluntariedad en la vivencia de la fe, y la competencia como sentirse capaz de afrontar la enfermedad a través de sus creencias.

En cuanto a las implicaciones prácticas, los resultados sugieren que las intervenciones enfocadas en fortalecer la fe y el apoyo social podrían mejorar significativamente el bienestar subjetivo de los pacientes con enfermedades crónicas. Programas que integren un enfoque espiritual y familiar han mostrado ser eficaces y promisorios (Krederdt-Araujo et al., 2019; Córdova et al., 2022), y podrían adaptarse a diferentes contextos culturales y religiosos para maximizar su impacto. Además, el hecho de que el apoyo social proveniente del núcleo familiar y de las amistades sea el componente más significativo en la predicción del bienestar invita a centrar los recursos en fortalecer estos vínculos, ya que parecen ser los que más directamente influyen en el bienestar de los pacientes.

Limitaciones y conclusiones

Una de las limitaciones del estudio es que el muestreo no probabilístico por conveniencia podría limitar la generalización de los resultados en otras poblaciones, debido a que la muestra se obtuvo de tres centros de salud. También se halló que la mayoría de los participantes fueron de la religión católica, lo que puede limitar la generalización de los resultados, se sugiere que, en futuros estudios, se incluya una muestra más diversa que abarque personas de otras religiones para obtener una visión más amplia y representativa de las diversas perspectivas religiosas. Por otro lado, el análisis correlacional y regresión lineal múltiple, si bien permiten identificar variables predictoras, no establecen relaciones de causalidad entre las variables estudiadas, una limitación inherente a los diseños transversales. Por ello, se sugiere que, para futuros estudios

que busquen explorar con mayor profundidad se considere el uso del SEM (Modelamiento de Ecuaciones Estructurales). Esto permitiría no solo evaluar relaciones predictivas múltiples y simultáneas, sino también abordar la naturaleza multidimensional de los constructos estudiados y modelar de manera más robusta los posibles efectos directos e indirectos, acercándose a una comprensión más exhaustiva de las interacciones entre las variables.

La transversalidad limita la observación de cambios en el bienestar subjetivo en el pasar del tiempo, lo que podría ser de importancia para poder entender de mejor manera la dinámica entre la fuerza de fe, el apoyo social percibido y la salud en estos pacientes, por lo que se sugiere implementar estudios longitudinales para observar cómo evoluciona el bienestar subjetivo de los pacientes a lo largo del tiempo, ayudaría a analizar la dinámica entre estas variables.

Finalmente, este estudio demuestra que la fuerza de fe y el apoyo social percibido son fundamentales para el bienestar subjetivo de los pacientes con enfermedades crónicas. La fe actúa como recurso emocional y cognitivo que ayuda a los pacientes a enfrentar de manera más positiva la enfermedad. Mientras que el apoyo social percibido produce un entorno seguro que favorece a la mejoría emocional y la adherencia al tratamiento.

Referencias

- Alatawi, A., Alaamri, M., Almutary, H. (2024). Social Support and Adherence to Treatment Regimens among Patients Undergoing Hemodialysis. *Healthcare (Basel)*, 12(19):1958. doi: 10.3390/healthcare12191958
- Arechabala, M. C., & Miranda, C. (2002). Validación de una escala de Apoyo Social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión en la región metropolitana. *Ciencia y Enfermería*, 8(1), 49-55. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532002000100007>
- Asociación Médica Mundial AMM. (2013). Declaración de Helsinki. <https://www.wma.net/es/policiespost/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-enseres-humanos/>
- Ato, M., López-García, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 29(3), 1038-1059. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Ayala-Galván, C., Olvera-Muñoz, A., González-Zamora, J. F., & Esparza-Aguilar, M. (2023). Prácticas mágico-religiosas en enfermedades crónicas en un hospital de tercer nivel en 2019 (México). In *SciELO Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.5651>
- Caycho-Rodríguez T., Ventura-León J., Azabache-Alvarado, K., Reyes-Bossio, M., & Cabrera-Orosco, I. (2020). Validez e invariancia factorial del Índice de Bienestar General (WHO-5 WBI) en universitarios peruanos. *Revista Ciencias De La Salud*, 18(3). <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9797>

- Caycho-Rodríguez, T., Vilca, L. W., Plante, T. G., Vivanco-Vidal, A., Saroli-Araníbar, D., Carbajal-León, C., Peña-Calero, B. N., & White, M. (2022). Strength of Religious Faith in Peruvian Adolescents and Adults: Psychometric Evidence from the Original and Short Versions of the Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire in Spanish. *Pastoral Psychology*, 71, 399–418. <https://doi.org/10.1007/s11089-021-00972-3>
- Cohen, S., & Syme, S. (1985). *Social support and health*. Academic Press.
- Colegio de Psicólogos del Perú (2017). *Código de Ética y Deontología*.
https://www.cpsp.pe/documentos/marco_legal/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2023). *Informe Las Enfermedades No Transmisibles y los Derechos Humanos en las Américas*.
https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/2023/REDESCA_enfermedades_NoTransmisibles_DDHH_SPA.pdf
- Córdova, L., Arias, L., Blaz, L. & Laureano, M. (2022). Perception of social support and quality of life in cancer patients with tuberculosis who attend INEN outpatient clinics [Percepción del apoyo social y calidad de vida en pacientes oncológicos con tuberculosis que acuden a consultorios externos INEN]. *Journal of Global Health and Medicine*, 6(1), 63–74. <https://doi.org/10.32829/ghmj.v6i1.166>
- Dunst, C. (2022). Associations between perceived family social support and the psychological health of caregivers of children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychological Research*, 9(2), 32-57.
https://puckett.org/FSS_WB.pdf

- Farriol-Baroni, V., González-García, L., Luque-García, A., Postigo-Zegarra, S., & Pérez-Ruiz, S. (2021). Influence of Social Support and Subjective Well-Being on the Perceived Overall Health of the Elderly. *International journal of environmental research and public health*, 18(10), 5438. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105438>
- García-Sancho, E., Salguero, J., & Fernández-Berrocal, P. (2014). Relationship between emotional intelligence and aggression: *A systematic review. Aggression And Violent Behavior*, 19(5), 584-591. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.007>
- González-Rivera, J., Veray-Alicea, J., & Rosario-Rodríguez, A. (2017). Desarrollo validación y descripción teórica de la escala de espiritualidad personal en una muestra de adultos en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(2), 388-404.
- Gracia, E., Herrero, J., & Musitu, G. (2002). *Análisis e intervención social. Evaluación de recursos y estresantes psicosociales en la comunidad*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Hernández, R., Fernández, C & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta ed.). McGraw Hill.
- Hsu, M-H, Chang C-M, Wu S-L. (2020). RE-examining the Effect of Online Social Support on Subjective Well-Being: The Moderating Role of Experience. *Future Internet*. 12(5):88. <https://doi.org/10.3390/fi12050088>
- Iannello, N., Inguglia, C., Silletti, F., Albiero, P., Cassibba, R., Lo Coco, A., & Musso, P. (2022). How do religiosity and spirituality associate with health-related outcomes of adolescents with chronic illnesses? A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20). DOI: 10.3390/ijerph192013172

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2022). *Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles*.

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3098590/Per%C3%BA%3A%20Enfermedades%20No%20Transmisibles%20y%20Transmisibles%2C%202021%20%28Parte%201%29.pdf?v=1652474002>

Koenig H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications.

ISRN psychiatry, 2012, 278730. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>

Krederdt-Araujo, S. L., Dominguez-Cancino, K. A., Jiménez-Cordova, R., Paz-Villanueva, M.

Y., Fernandez, J. M., Leyva-Moral, J. M., & Palmieri, P. A. (2019). Spirituality, Social Support, and Diabetes: A Cross-Sectional Study of People Enrolled in a Nurse-Led Diabetes Management Program in Peru. *Hispanic health care international : the official journal of the National Association of Hispanic Nurses*, 17(4), 162–171.

<https://doi.org/10.1177/1540415319847493>

Landeta, O., & Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la escala multidimensional de apoyo social percibido. *Ansiedad estrés*, 173-182.

León-Herrera, L., García-Serra, J., Rodríguez-González, L., & Cruz-Trujillo, O. (2022).

Prevalence of chronic diseases in preoperative consultation from Algeria-Cuba Friendship Ophthalmological Hospital. El Oued, Algeria. *Revista Médica Electrónica*, 44(5), 790-798.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242022000500790&lng=en&tlng=en.

Luo, Z., Zhong, S., Zheng, S., Li, Y., Guan, Y., Xu, W., ... & Chen, J. (2023). Influence of social support on subjective well-being of patients with chronic diseases in China: chain-mediating effect of self-efficacy and perceived stress. *Frontiers in Public Health*, 11.

Martínez-Soto, J., & Ramos-Frausto, V. M. (2022). Perfil anímico en pacientes con enfermedades crónicas: su relación con variables sociodemográficas y clínicas. *Revista De Psicología*, 40(1), 329-367. <https://doi.org/10.18800/psico.202201.01>

Mendis, S., Davis, S., & Norrving, B. (2015). Organizational update: the world health organization global status report on noncommunicable diseases 2014; one more landmark step in the combat against stroke and vascular disease. *Stroke*, 46(5), e121–e122. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.115.008097>

MINSA (2022). *CDC Perú notificó más de 32 mil casos de diabetes en todo el país desde el inicio de la pandemia*. <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informativo/prensa/cdc-peru-notifico-mas-de-32-mil-casos-de-diabetes-en-todo-el-pais-desde-el-inicio-de-la-pandemia/>

Morocho, A., Espinoza, C., Estrada, E., Jiménez, A., Telenchana, F., Rojas, J., Borja, S., & Cuñez, V. (2021). Salud mental de los pacientes con enfermedades crónicas durante la pandemia por COVID-19. *Síndrome Cardiometabólico Y Enfermedades Crónico Degenerativas*, 10(1). http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_sc/article/view/22308

Navarro-Loli, J. S., Merino-Soto, C., Dominguez-Lara, S., & Lourenço, A. (2019). Estructura interna de la Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) en adolescentes peruanos. *Revista Argentina De Ciencias Del Comportamiento*, 11(1), 38–47. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v11.n1.21532>

- Nicho-Almonacid, T., Melendrez-Ugarte, D., Palacios-Mizare, M., Arias-Gutiérrez, M., & Olivas- Ugarte, L. (2023). Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS): propiedades psicométricas en universitarios peruanos. *Propósitos y Representaciones*, 11(3). <https://dx.doi.org/10.20511/pyr2023.v11n3.1874>
- Organización Mundial de la Salud (2023). *Enfermedades no transmisibles*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Mundial de la Salud (2023, 28 de abril). *Datos clave sobre las enfermedades no transmisibles*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Mundial de la Salud. (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documento oficial de la OMS, (22), 100.
https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_es.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2019). *Reporte de Enfermedades no transmisibles en la región de las Américas Hechos y Cifras*.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51482/OPSNMH19016_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Otzen, T. & Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International journal of morphology*, 35(1),227-232.
<http://dx.doi.org/10.4067/S071795022017000100037>
- Pan American Health Organization (PAHO) (2012). *Enfermedades no transmisibles. Protocolos clínicos de atención integral de las y los adolescentes estrategia iman servicios*.

<https://www.paho.org/derechoalaSSR/wp-content/uploads/Documentos/IMAN-Enfermedades-no-Trans.pdf>

Pedraz-Petrozzi, B., Mendoza-Saldaña, J., Altamirano-Quiroz, A., Saldivar-Ampuero, G., Pilco-Inga, J., Pando-Alvarez, F., & Samamé-Perez-Vargas, J. (2020). Aspectos psico-espirituales medidos con la FACIT-Sp en pacientes con cáncer estadio IV. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1), 5-14. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3681>

Petersen, K., Qualter, P., Humphrey, N., Trab, M. & Rich. K. (2023). With a Little Help from My Friends: Profiles of Perceived Social Support and Their Associations with Adolescent Mental Health. *J Child Fam Stud*. 32, 3430–3446. <https://doi.org/10.1007/s10826-023-02677-y>

Plante, T.G., Boccaccini, M.T. The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. *Pastoral Psychol* 45, 375–387 (1997). <https://doi.org/10.1007/BF02230993>

Procidano, M. E., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies. *American journal of community psychology*, 11(1), 1–24. <https://doi.org/10.1007/BF00898416>

Quiceno, G. M. & Vinaccia, S. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 5(2), 321-336.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-99982009000200009&script=sci_arttext

Ramirez, O. (2017, 09 de octubre). *Correlación y regresión lineal*. RPubs.
<https://rpubs.com/osoramirez/316691>

- Rivera-Cruzatt, Fiorella D., Cubillas-Espinoza, Pierina P., & Malvaceda-Espinoza, Eli L.. (2022). Afrontamiento psicológico en pacientes mujeres con cáncer de mama de un hospital de Lima Metropolitana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 39(4)-407. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2022.394.12322>
- Saldías-Ortega, F., & Moyano-Díaz, E. (2023). Influencia de la Espiritualidad y Religiosidad sobre la Felicidad en Adultos Mayores. *Psykhē*, 32(2). <https://doi.org/10.7764/psykhe.2021.29435>
- Simancas-Pallares, M., Díaz-Cárdenas, S., Barbosa-Gómez, P., Buendía-Vergara, M., & Arévalo-Tovar, L. (2016). Propiedades psicométricas del Índice de Bienestar General-5 de la Organización Mundial de la Salud en pacientes parcialmente edéntulos. *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(4), 701-705. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.52235>
- Tao, Y., Yu, H., Liu, S., Wang, C., Yan, M., Sun, L., Chen, Z. & Zhang L. (2022) Hope and depression: the mediating role of social support and spiritual coping in advanced cancer patients. *BMC Psychiatry*, 345. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03985-1>
- Torres-López, T., Munguía-Cortés, J. & Aranda-Beltrán, C. (2015). Concepciones culturales del concepto bienestar de personas con enfermedades crónicas y profesionales de la salud. *Hacia la Promoción de la Salud*, 20(1), 96-110. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2015.20.1.7>
- Urtiga, L. M. P. C., Lins, G. A. N., Slongo, A., Ventura, A. L. F., Cabral, A. K. G. D., Parente, L. B., Santos, M. M. F. dos, Lima, M. R. de, Freitas, N. S., & Fernandes, T. G. (2022). Espiritualidad y religiosidad: influencia en la terapia y el bienestar en el cáncer. *Revista Bioética*, 30(4), 883-891. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022304578ES>

Vega, O.M., & González, D.S.. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, (16).

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021&lng=es&tlng=es.

Wekesah, F. M., Nyanjau, L., Kibachio, J., Mutua, M. K., Mohamed, S. F., Grobbee, D. E., Klipstein-Grobusch, K., Ngaruiya, C., Haregu, T. N., Asiki, G., & Kyobutungi, C. K. (2018). Individual and household level factors associated with presence of multiple non-communicable disease risk factors in Kenyan adults. *BMC public health*, 18, 1220.

<https://doi.org/10.1186/s12889-018-6055-8>

Wickham, H. & Bryan, J. (2022). readxl: Read Excel Files. <https://readxl.tidyverse.org/>

Yang, C., Gao, H., Li, Y., Wang, E., Wang, N., & Wang, Q. (2022). Analyzing the role of family support, coping strategies and social support in improving the mental health of students: Evidence from post COVID-19. *Frontiers in psychology*. 13:1064898.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1064898>

Yosef, T. (2020). Prevalence and associated factors of chronic non-communicable diseases among cross-country truck drivers in Ethiopia. *BMC public health*, 20(1), 1564.

<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09646-w>

Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S. G., & Farley, G. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.

DOI:10.1207/s15327752jpa5201_2

Anexo 1.

Instrumentos de recolección de datos

Sección 2: Índice de Bienestar General (WHO-5 WBI)				
Durante las últimas dos semanas	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
1. Me he sentido alegre y de buen ánimo				
2. Me he sentido tranquilo (a) y relajado (a)				
3. Me he sentido activo (a) y con energía				
4. Me he levantado sintiéndome bien y descansado				
5. Mi vida diaria ha tenido cosas interesantes para mí				

Sección 3: Escala multidimensional de percepción de apoyo social (MSPSS)				
Por favor, lea cuidadosamente cada una de las frases que aparecen a continuación y responda en qué medida le describen. Para contestar, utilice la siguiente escala				
	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
1. Hay una persona especial que está cerca de mí cuando la necesito.				
2. Hay una persona especial con quien puedo compartir alegrías y tristezas.				
3. Mi familia realmente trata de ayudarme.				
4. Recibo la ayuda emocional y apoyo que necesito de mi familia.				
5. Tengo una persona especial que es una verdadera fuente de consuelo para mí.				
6. Mis amigos/as realmente tratan de ayudarme.				
7. Puedo contar con mis amigos/as cuando las cosas van mal.				
8. Puedo hablar con mi familia de mis problemas.				
9. Tengo amigos/as con los que puedo compartir mis alegrías y tristezas.				
10. Hay una persona especial en mi vida a quien le importan mis sentimientos.				
11. Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones.				

12. Puedo hablar con mis amigos/as de mis problemas.				
--	--	--	--	--

Sección 4: Cuestionario Santa Clara de Fuerza de Fe Religiosa (SCSRFQ)				
Instrucciones: Por favor responda las siguientes preguntas acerca de la fe religiosa empleando escala que sigue. Indique el nivel de acuerdo (o desacuerdo) para cada enunciado.				
	En desacuerdo total	En desacuerdo	De acuerdo	De acuerdo totalmente
1. Mi fe religiosa es extremadamente importante para mí.				
2. Rezo todos los días				
3. Veo mi fe como una fuente de inspiración.				
4. Veo mi fe como que le da significado y propósito a mi vida				
5. Me considero activo en mi fe o iglesia.				
6. Mi fe es una parte importante de quien soy como persona.				
7. Mi relación con Dios es extremadamente importante para mí.				
8. Disfruto estar rodeado de otros que comparten mi fe.				
9. Veo a mi fe como una fuente de alivio.				
10. Mi fe tiene impacto en muchas de mis decisiones.				

Anexo 2.

Matriz de operacionalización de las variables

Variable	Dimensiones	Sub-dimensiones	Definición Operacional	N de Ítems	Tipo de Respuesta
Bienestar subjetivo	Unidimensional	Ninguna	A través de la escala de Índice de Bienestar General (WHO-5 WBI) versión española de Caycho, Ventura, Azabache, Reyes y Cabrera (2020) se medirá la presente variable.	Conformado por 5 ítems: 1. Me he sentido alegre y de buen ánimo 2. Me he sentido tranquilo(a) y relajado(a) 3. Me sentido activo(a) y con energía 4. Me he levantado sintiendo me bien y descansado.	Las respuestas de los ítems poseen un formato tipo Likert que va del 0 al 3: 0 = nunca 1 = a veces 2 = muchas veces 3 = siempre
Apoyo social	Tres dimensiones	Ninguna	A través de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) de Nicho-Almonacid, Melendrez-Ugarte, Arias-Gutiérrez y Olivas (2023)	Tiene 12 ítems	Las respuestas de los ítems son formato tipo Likert que va del 1 al 4: 1 = Casi nunca 2 = A veces
	Familia El apoyo social percibido por parte de la familia.			Compuesto por 4 ítems: 3, 4, 8, 11	

					3 = Con frecuencia 4 = Casi siempre
	Amigos El apoyo social percibido por parte de los amigos.			Compuesto por 4 ítems: 6, 7, 9, 12	
	Otras personas significativas El apoyo social percibido de parte de otros significativos.			Compuesto por 4 ítems: 1, 2, 5, 10	
Fuerza de fe religiosa	Unidimensional	Ninguna	Mediante El Cuestionario de Fortaleza de la Fe Religiosa de Santa Clara de Plante y Boccaccini, (1997) se medirá la presente variable	Conformada por 10 ítems.	Respuestas estilo Likert: 1: En desacuerdo total 2: En Desacuerdo 3: De acuerdo 4: De acuerdo totalmente