



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA
Coordinación de Estudios Avanzados
Doctorado en Psicología



Modelo de bienestar psicológico en adultos con diabetes mellitus tipo 2

TESIS

**Que para obtener el grado de
Doctor(a) en Psicología**

presenta:

Mtra. María Gabriela Ramírez Jiménez

Número de cuenta: 1930609

DIRECTOR/A DE TESIS

Dra. Norma Ivonne González Arratia López Fuentes

COMITÉ TUTORAL

Dra. Ana Olivia Ruíz Martínez

Dr. Hans Oudhof van Barneveld

Dra. Blanca Estela Barcelata Eguiarte

Toluca de Lerdo, Estado de México, 14 de octubre de 2022

ÍNDICE

RESUMEN	8
SUMMARY	9
INTRODUCCIÓN	10
CAPITULO 1. Marco Teórico y Conceptual	13
1.1 Concepto de Salud. Una breve revisión	13
1.2 Epidemiología de las Enfermedades Crónicas.....	16
1.2.1 Diabetes Mellitus.....	18
1.3 Psicología Positiva. Antecedentes Históricos	22
1.4 Estrés	25
1.4.1 Concepto	25
1.4.2 Modelos teóricos del estrés	26
1.4.3 Estrés percibido y enfermedades crónicas.....	28
1.4.4 Estrés percibido y bienestar psicológico	32
1.4.5 Estrés percibido y su relación con sexo y edad	33
1.5 Resiliencia.....	34
1.5.1 Aproximación al concepto.....	36
1.5.2 Modelos explicativos de la resiliencia	41
1.5.3 Resiliencia y Enfermedades Crónicas	42
1.5.4 Resiliencia y bienestar psicológico	44
1.5.5 Resiliencia y su relación con sexo y edad	44
1.6 Afrontamiento	45
1.6.1 Modelo de Afrontamiento de Lazarus y Folkman	48
1.6.2 Afrontamiento religioso	54
1.6.3 Afrontamiento religioso y enfermedades crónicas.....	57
1.6.4 Afrontamiento religioso y bienestar psicológico	60
1.6.5 Afrontamiento religioso y su relación con sexo y edad	61

1.7 Espiritualidad	62
1.7.1 Concepto	62
1.7.2 Modelo teórico de Espiritualidad de Delaney	65
1.7.3 Espiritualidad y enfermedades crónicas	66
1.7.4 Espiritualidad y bienestar psicológico	68
1.7.5 Espiritualidad y su relación con sexo y edad	69
1.8 Bienestar Psicológico	70
1.8.1 Aproximaciones teóricas del bienestar	72
1.8.2 Modelo de Bienestar Psicológico de Ryff	75
1.8.3 Bienestar Psicológico y Enfermedades Crónicas	78
1.8.4 Bienestar psicológico y su relación con sexo y edad	81
1.9 Propuesta de un Modelo explicativo de bienestar psicológico en adultos con DMT2	82
Capítulo 2. Método	84
2.1 Planteamiento del problema	84
2.2 Relevancia de la investigación	87
2.3 Objetivos de estudio	89
2.3.1 Objetivo general	89
2.3.2 Objetivos específicos	89
2.4 Hipótesis	90
2.5 Variables	91
2.6 Tipo y diseño de la investigación	95
2.7 Participantes	95
2.7.1 Universo de trabajo	95
2.7.2 Muestra	95
2.7.3 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	97
2.8 Instrumentos	98
2.9 Procedimiento de obtención de datos	101
2.10 Procesamiento y análisis estadístico de datos	101

2.11 Consideraciones éticas	104
Capítulo 3. Resultados.....	105
3.1 Características sociodemográficas de la muestra	105
3.2 Análisis descriptivos y de distribución de las escalas	108
3.3 Análisis Factorial Exploratorio (AFE).....	109
3.4 Análisis Factorial Confirmatorio (AFC).....	110
3.5 Estadísticos descriptivos de las variables objeto de estudio.....	113
3.6 Análisis de comparación de medias	115
3.7 Análisis de varianza	117
3.8 Análisis de Correlación	119
3.9 Análisis de predicción.....	128
3.9.1 Modelo de regresión lineal de la muestra total.....	129
3.9.2 Modelo de regresión lineal en hombres	130
3.9.3 Modelo de regresión lineal en mujeres	131
3.10 Modelo hipotético de bienestar psicológico en adultos con DMT2	132
3.11 Análisis de invarianza factorial	136
Capítulo 4. Discusión y Conclusiones	138
4.1 Discusión.....	138
4.2 Conclusiones.....	153
4.3 Limitaciones.....	155
Referencias bibliográficas.....	156
ANEXOS	184
Anexo A. Estadísticos descriptivos de las escalas.....	185
Anexo B. Análisis Factorial Exploratorio (AFE)	189
Anexo B.1. AFE Escala de Estrés Percibido	189
Anexo B.2. AFE Cuestionario de Resiliencia	191
Anexo B.3. AFE Inventario de Estrategias de Afrontamiento religioso (IEAR)	193
Anexo B.4. AFE Escala de Espiritualidad de Delaney.....	194

Anexo B.5. AFE Escala de Bienestar Psicológico de Ryff	196
Anexo C. Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)	200
Anexo C.1. AFC Escala de Estrés Percibido	200
Anexo C.2. AFC Cuestionario de Resiliencia	202
Anexo C.3. AFC Inventario de Estrategias de Afrontamiento Religioso (IEAR)	204
Anexo C.4. AFC Escala de Espiritualidad de Delaney.....	206
Anexo C.5. AFC Escala de Bienestar Psicológico de Ryff	208
Anexo D. Instrumentos.....	210
Anexo D.1. Carta de consentimiento informado	210
Anexo D.2. Cuestionario de datos sociodemográficos.....	212
Anexo D.3. Escala de Estrés Percibido, González y Landero (2007).....	213
Anexo D.4. Cuestionario de Resiliencia, González Arratia (2016).....	214
Anexo D.5. Inventario de Estrategias de Afrontamiento Religioso (IEAR) González y Pagán (2018).....	216
Anexo D.6 Escala de Espiritualidad de Delaney, González et al. (2017).....	217
Anexo D.7 Escala de Bienestar Psicológico, Díaz, et al. (2006)	218

Índice de tablas

Tabla 1 Niveles de las dimensiones del bienestar psicológico	77
Tabla 2 Variables de estudio	92
Tabla 3 Variables sociodemográficas de caracterización de la muestra.....	94
Tabla 4 Características sociodemográficas de la muestra	96
Tabla 5 Valores de validez y precisión de las escalas	109
Tabla 6 Índices de bondad de ajuste de las escalas	112
Tabla 7 Valores estadísticos descriptivos de las variables objeto de estudio.....	113
Tabla 8 Comparación de medias de cada una de las variables en función del sexo	115
Tabla 9 Media, Desviación estándar y análisis de varianza por grupo de edad en estrés percibido, resiliencia, afrontamiento religioso, espiritualidad y bienestar psicológico	118
Tabla 10 Correlación de Pearson entre las variables de estudio en la muestra total.....	120
Tabla 11 Correlación de Pearson entre las variables de estudio en hombres	123
Tabla 12 Correlación de Pearson entre las variables de estudio en mujeres	126
Tabla 13 Regresión lineal múltiple por pasos para la predicción del bienestar psicológico a partir del estrés percibido, resiliencia, afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos con DMT2	129
Tabla 14 Regresión lineal múltiple por pasos para la predicción del bienestar psicológico a partir del estrés percibido, resiliencia, afrontamiento religioso y espiritualidad en hombres con DMT2.....	130
Tabla 15 Regresión lineal múltiple por pasos para la predicción del bienestar psicológico a partir del estrés percibido, resiliencia, afrontamiento religioso y espiritualidad en mujeres con DMT2	131
Tabla 16 Criterios de los índices de bondad de ajuste	133
Tabla 17 Índices de Bondad de Ajuste del modelo de Bienestar Psicológico en adultos con DMT2.....	134
Tabla 18 Índices de invarianza de medida en la muestra de hombres y mujeres	137

Índice de figuras

Figura 1 Modelo de estrés y afrontamiento.....	49
Figura 2 Modelo de estrés y afrontamiento revisado.....	53
Figura 3 Paradigmas de investigación sobre el bienestar	72
Figura 4 Dimensiones del bienestar psicológico y sus bases teóricas.....	75
Figura 5 Propuesta de modelo hipotético de bienestar psicológico en adultos con DMT2	90
Figura 6 Años transcurridos a partir del diagnóstico de DMT2.....	105
Figura 7 Porcentajes referentes a emociones experimentadas respecto al diagnóstico de DMT2.....	106
Figura 8 Frecuencia con que los participantes acuden a atención médica para el control de su enfermedad	107
Figura 9 Modelo hipotético de Bienestar Psicológico en adultos con DMT2	132
Figura 10 Modelo final de Bienestar Psicológico en adultos con DMT2	135

RESUMEN

La prevalencia e incidencia de diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) en México, y su comorbilidad con diversos trastornos psicológicos, han revelado la necesidad de investigar sobre los mecanismos psicológicos que promuevan el bienestar y calidad de vida de las personas con este padecimiento. Existe evidencia acerca de la relación del estrés y el bienestar psicológico, con la salud mental y física, y de variables como la resiliencia, el afrontamiento religioso y la espiritualidad, que tienden a expresarse en conductas a favor del mantenimiento de la salud. Por lo anterior, el objetivo del presente estudio consistió en evaluar la relación del estrés percibido con la resiliencia, el afrontamiento religioso y la espiritualidad y la relación de estas a su vez como posibles variables mediadoras entre el estrés percibido y el bienestar psicológico de adultos con DMT2 en el Estado de México. Es un estudio no experimental, transversal, correlacional y explicativo, cuyo muestreo fue no probabilístico por conveniencia y en cadena o redes “bola de nieve”, participaron 405 adultos con diagnóstico de DMT2 residentes del Estado de México. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Estrés Percibido (PSS-14), el Cuestionario de Resiliencia, el Inventario de Estrategias de Afrontamiento Religioso (IEAR), la Escala de Espiritualidad (SS) y Escala de Bienestar Psicológico. La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo a través de medios electrónicos y cuando las condiciones sanitarias derivadas de la pandemia por Covid-19 así lo permitieron se procedió de forma presencial bajo las medidas de seguridad e higiene pertinentes. Los principales resultados apuntan a establecer diferencias estadísticamente significativas en función del sexo y edad en las variables de estudio. Se identificó una correlación negativa y estadísticamente significativa entre estrés percibido y resiliencia, afrontamiento religioso, espiritualidad y bienestar psicológico, y una relación positiva y estadísticamente significativa entre resiliencia, afrontamiento religioso, espiritualidad y bienestar psicológico. Mediante el modelo de regresión lineal se observó que en conjunto estas variables explican el 49.5% de la variabilidad del puntaje del bienestar psicológico. En tanto los índices de bondad de ajuste obtenidos del modelo de ecuaciones estructurales muestran un ajuste adecuado del modelo teórico hipotético propuesto y con evidencia de invarianza en la medición de la muestra de hombres y mujeres. En conclusión, estos resultados se suman a la evidencia existente en torno al tema y confirman la importancia de la resiliencia, la espiritualidad y del afrontamiento religioso como fuentes potenciales de bienestar psicológico en personas adultas con DMT2.

Palabras clave: estrés percibido, resiliencia, afrontamiento religioso, espiritualidad, bienestar psicológico, diabetes mellitus tipo 2

SUMMARY

The prevalence and incidence of diabetes mellitus type 2 (DMT2) in Mexico, and its comorbidity with various psychological disorders, have revealed the need to investigate the psychological mechanisms that promote the well-being and quality of life of people with this condition. There is evidence about the relationship between stress and psychological well-being, with mental and physical health, and variables such as resilience, religious coping and spirituality, which tend to be expressed in behaviors in favor of maintaining health. Therefore, the objective of this study was to evaluate the relationship between perceived stress and resilience, religious coping, and spirituality, and their relationship as possible mediating variables between perceived stress and psychological well-being in adults with DMT2 in the Estado de México. It is a non-experimental, cross-sectional, correlational and explanatory study, whose sampling was non-probabilistic for convenience and in chain or "snowball" networks, 405 adults diagnosed with DMT2 residents of the Estado de México participated. The instruments used were the Perceived Stress Scale (PSS-14), the Resilience Questionnaire, the Inventory of Religious Coping Strategies (IEAR), the Spirituality Scale (SS) and the Psychological Well-being Scale. The application of the instruments was carried out through electronic means and when the sanitary conditions derived from the Covid-19 pandemic allowed it, it was carried out in person under the pertinent safety and hygiene measures. The main results point to establishing statistically significant differences based on sex and age in the study variables. A negative and statistically significant correlation was identified between perceived stress and resilience, religious coping, spirituality and psychological well-being, and a positive and statistically significant relationship between resilience, religious coping, spirituality and psychological well-being. Using the linear regression model, it was observed that together these variables explain 49.5% of the variability of the psychological well-being score. While the goodness-of-fit indices obtained from the structural equation model show an adequate fit of the proposed hypothetical theoretical model and with evidence of invariance in the measurement of the sample of men and women. In conclusion, these results add to the existing evidence on the subject and confirm the importance of resilience, spirituality and religious coping as potential sources of psychological well-being in adults with DMT2.

Key words: perceived stress, resilience, religious-spiritual coping, psychological well-being, type 2 diabetes mellitus

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas representan un problema importante de salud pública debido al incremento en su incidencia y prevalencia (OMS, 2018a), y a que se encuentran entre las primeras causas de muerte a nivel mundial, ya que son responsables de aproximadamente el 70% de las defunciones ocurridas en el mundo.

En México se reconoce a este tipo de padecimiento entre las principales causas de muerte y/o discapacidad (como consecuencia de la cronificación) (Ovalle et al., 2019; Oviedo & Reidl, 2007). Una de las enfermedades crónicas con mayor prevalencia en México, es la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), que se ubica entre las primeras causas de muerte en nuestro país (Soto et al., 2016). Las características propias de la DMT2 como enfermedad crónica y el estilo de vida de la persona que la padece, generan alta probabilidad de la aparición de complicaciones a mediano y largo plazo, como hipertensión arterial e hiperglucemia-gota (ya que comparten características fisiopatológicas) así como retinopatía, catarata, nefropatía y pie diabético (Ovalle et al., 2019; Oviedo & Reidl, 2007).

Sin embargo, las consecuencias físicas propias de este padecimiento, no son las únicas, ya que se encuentran asociados otros factores, entre los que destacan los psicológicos (Balcázar et al., s/a; Mishra et al., 2020). Debido a las implicaciones tanto físicas como psicológicas de la DMT2, y con base en el cambio del modelo biomédico de salud al modelo biopsicosocial, diversas disciplinas se han interesado en el estudio de las variables psicológicas implicadas en el funcionamiento óptimo del individuo, a pesar de la enfermedad (Beléndez, Lorente & Maderuelo, 2015; Vinaccia & Orozco, 2005). En este sentido, la Psicología de la salud y la Psicología Positiva, han contribuido a generar evidencia que sugiere que el estado psicológico forma parte de la salud de la persona, es decir, sentimientos y emociones pueden tener efectos positivos o negativos en el bienestar (Oblitas, 2008; Revenson & Hoytt, 2016; Stanton et al., 2007). Uno de los factores con más claros efectos negativos en la salud es el estrés, que se asocia, además de la DMT2, a diversas enfermedades crónicas, como la enfermedad cardíaca, cáncer y enfermedades relacionadas con la supresión del sistema inmune (Dhabhar, 2014; Mishra et al., 2020; Oblitas, 2008).

La literatura al respecto señala que, las variables psicológicas que tienen efecto sobre el funcionamiento positivo del individuo en condición de enfermedad, como la resiliencia (Conway et al., 2020; Saavedra et al., 2015), el afrontamiento religioso (Pargament, 1997; Quiceno & Vinaccia, 2011a; Quiceno & Vinaccia, 2013) y la espiritualidad (Salari et al., 2021, Sammut et al., 2020) están vinculadas con el bienestar psicológico y calidad de vida. Asimismo, algunos estudios han sido concluyentes al considerar

estas variables como factores de protección ante circunstancias adversas en la vida, como pueden ser el diagnóstico y el proceso de la enfermedad crónica (Conway et al., 2020; Quiceno & Vinaccia, 2011a; 2011b; Yi et al., 2008). Lo anterior, pone en evidencia la importancia de desarrollar más investigación al respecto, ya que el bienestar psicológico de las personas en condición de enfermedad es un factor importante de la calidad de vida (Vinaccia & Orozco, 2005).

Por lo tanto, en el presente estudio, se propone la evaluación de un modelo teórico explicativo del bienestar psicológico a partir del estrés percibido, la resiliencia, el afrontamiento religioso y la espiritualidad en adultos con DMT2, lo cual es estudiado desde la Psicología de la salud y la Psicología Positiva, cuyas bases epistemológicas han adoptado el modelo hipotético-deductivo con la finalidad de organizar y articular el conocimiento científico (Alarcón, 2017).

El interés por desarrollar esta investigación radica en que es indispensable analizar aquellas variables que se encuentran vinculadas con la salud mental y que incrementan la posibilidad de adherencia terapéutica. Del mismo modo, aún son escasos los estudios que incluyen las variables tales como el estrés percibido, resiliencia, afrontamiento religioso, espiritualidad y el bienestar psicológico (González et al., 2018) lo cual representa una importante contribución a la investigación cuyos resultados serán útiles para el desarrollo de programas a nivel de prevención, intervención e incluso tratamiento en beneficio del bienestar y calidad de vida de las personas con este padecimiento. En esta investigación se desarrolló en primera instancia una amplia revisión de los constructos implicados, la cual se encuentra en el primer capítulo de este trabajo, se inició con una breve revisión del concepto de salud, así como los cambios que se generaron en la concepción del mismo en las últimas décadas. Se llevó a cabo también una revisión teórica acerca de la epidemiología, así como causas y consecuencias de las enfermedades crónicas en general y particularmente de la DMT2. Se encuentran también algunos antecedentes de la Psicología Positiva que es de donde se desprende la investigación de los constructos objetos de estudio en este trabajo. Posteriormente, en el capítulo 2, se aborda el método mediante el cual fue posible desarrollar el proceso de investigación, se encuentra el planteamiento del problema, donde se hace énfasis en la necesidad del estudio del conjunto de variables propuestas en el modelo teórico hipotético. Se contempla también la definición conceptual y operacional de las variables. Se especifican las condiciones bajo las que se trabajó durante el proceso de investigación, a través del tipo de estudio, muestra y participantes, procedimiento, instrumentos, análisis de resultados y las consideraciones éticas. En el capítulo 3 se presentan los resultados obtenidos los cuales hacen énfasis en las diferencias encontradas en la muestra de hombres y de mujeres, así como de la capacidad predictiva y mediadora que poseen las variables estrés

percibido, resiliencia, afrontamiento religioso y espiritualidad sobre el bienestar psicológico. Finalmente, en el capítulo 4 donde se presentan la discusión y conclusiones, se hace énfasis en los hallazgos de esta investigación y se resalta la importancia del estudio de las variables que inciden de forma positiva en el bienestar psicológico y por lo tanto en la calidad de vida de la persona con DMT2.

CAPITULO 1. Marco Teórico y Conceptual

1.1 CONCEPTO DE SALUD. UNA BREVE REVISIÓN

La salud es un concepto positivo multidimensional que comprende una compleja interacción entre diversos factores, como los sociales, políticos, económicos, culturales y científicos (Alcántara, 2008) y que podría definirse en un rango que abarca desde la habilidad hasta la integridad, desde la salud física hasta el bienestar humano (Conti, 2018). De acuerdo con el primer principio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud “es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades” (OMS, 2006, p. 1), una definición que abarca tres áreas esenciales para el ser humano. Esta definición se desarrolló a raíz de la Segunda Guerra Mundial, cuando las Naciones Unidas dieron origen a la OMS con el propósito de impulsar iniciativas de salud global para que las personas de todo el mundo alcanzaran el nivel de salud más alto posible (Badash et al., 2017). En ese momento, esto se consideró una forma de pensar revolucionaria, ya que la definición amplió el concepto de salud de la mera preocupación por las características físicas de una enfermedad a una consideración de los determinantes sociales que afectan los resultados de salud y la calidad de vida del individuo, de la necesidad de alcanzar el bienestar, que difiere de la simple ausencia de enfermedad y al incorporar también consideraciones psicosociales, conductuales y ambientales. Badash et al. (2017) consideran que la nueva definición de salud de la OMS tuvo un enorme impacto social en el sentido de que desafió a las organizaciones políticas, académicas, comunitarias y profesionales a asignar recursos para ayudar a alcanzar la meta del bienestar universal. Por el alcance del concepto, se consideró un avance positivo en la percepción y el logro de la salud. Alcántara (2008) señaló que la definición de salud de la OMS superó el enfoque sanitario médico y asistencialista, presente en la mayor parte de los países del mundo, mismo que tenía una noción negativa de la salud, pues la entendía como la ausencia de enfermedad o lesión. Se trata de “una definición holística y progresista que considera a la salud, ya no sólo como un fenómeno meramente somático y psicológico, sino también social; la salud se consideró así como un fenómeno complejo que debe ser abordado a través de la interdisciplinariedad, pues para poder comprenderla en su multidimensionalidad es necesario que concurren diversas disciplinas que interactúen y se integren entre sí” (p. 100). En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria, en 1978, se ratificó la definición del concepto, enfatizando la salud como un derecho humano fundamental y como un objetivo social

importante, así como la realización del mismo, que debe ser llevada a cabo a través de la intervención de diversos sectores sociales, económicos y de la salud (González-Arratia et al., 2009).

Sin embargo, Badash et al. (2017) señalaron que la definición de salud de la OMS (2006) presentó algunas deficiencias, por lo que diversos teóricos contribuyeron con su propia definición. Labiano (2010) citó algunas de ellas, por ejemplo, señala que René Dubos, quien se rebeló contra la idea de que la salud podía alcanzarse por medios tecnológicos, definió la buena salud como la condición más adecuada para que cada individuo alcance sus metas personales y sociales, que involucra la adaptación y funcionamiento adecuado del individuo en su medio. Labiano (2010) también citó a Gil-Rodríguez et al. (1995) quienes señalaron que la salud es un elemento básico indispensable para la autorrealización y recurso para la vida del individuo y Brenner y Wrubel (1989) quienes señalaron que el bienestar, como sentimiento subjetivo, resulta de percibir salud y el funcionamiento adecuado del organismo.

Por otra parte, Abraham Maslow (1968), en su libro “El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del Ser”, señaló que la salud se basaba en la satisfacción de las necesidades en un orden particular: primero las necesidades físicas, seguidas por las de seguridad, después amor y pertenencia, estima y por último la autorrealización. Ahmed et al. (1977; en Badash et al, 2017) postuló que la salud es un término relativo que se debe ajustar a las circunstancias específicas del individuo y la sociedad, por lo que no es un estado deseable en sí mismo sino como un medio para el cumplimiento de sus metas. Bircher (2005) hace énfasis en que las definiciones tradicionales de salud y enfermedad deben actualizarse debido a la crisis mundial que se vive en torno a la salud de los habitantes. Desde su perspectiva la salud debe definirse como “un estado dinámico de bienestar, caracterizado por el potencial físico, mental y social de un individuo para satisfacer las demandas de la vida únicas a la edad, cultura y responsabilidad personal del individuo” (p. 336).

Por su parte, Oblitas (2008) advierte que el concepto de salud se convierte en algo complejo cuando se trata de definir qué se entiende por el bienestar y cuáles son los elementos que lo componen, que sin lugar a dudas remite a otro concepto complejo. Alcántara (2008) señala que la idea de salud, y por lo tanto de bienestar, responde a una condición histórica, en la que determinada sociedad posee una visión particular de la misma; en cada época las condiciones socioeconómicas, políticas y culturales han contribuido a generar patrones de pensamiento, valores, costumbres, creencias y normas, de forma que lo que se entiende por salud podría ser un producto o construcción social, que coincide con lo postulado por Ahmed et al. (1977; en Badash et al, 2017).

El estudio de la salud implica necesariamente considerar la enfermedad como un continuo, ya que se consideran dos entidades ligadas. González-Arratia et al. (2009), menciona que no se trata de conceptos opuestos, sino de la consecuencia de uno debido a la pérdida del otro. Se trata entonces de un proceso salud-enfermedad, el cual, de acuerdo con Alcántara (2008), ubica a la salud dentro de una escala gradual, en la que se entiende que ni la salud ni la enfermedad son estáticas ni estacionarias. Por lo anterior, toda condición de salud o enfermedad, se encuentra constantemente en riesgo de fluctuación y cambio. Al respecto Freitez (2001; citado en Alcántara, 2008) postula: “son procesos continuos, una lucha por parte del hombre para mantener su equilibrio contra las fuerzas biológicas, físicas, mentales y sociales que tienden a alterar ese equilibrio de salud” (p. 103).

La salud, entonces, se entiende como un estado de equilibrio entre el individuo y su medio ambiente; dada la naturaleza biopsicosociocultural del individuo, es necesario el equilibrio en todos sus componentes, internos y externos (González-Arratia et al., 2009). Asimismo, González-Arratia define la salud como el resultado derivado del equilibrio continuo “del cuerpo, la mente y el ambiente natural y social” (p. 249). El individuo requiere de ciertos elementos con la finalidad de mantener el equilibrio, sin embargo, si uno de ellos no está disponible, se genera un estado de necesidad, por lo que se llevaran a cabo una serie de acciones con el objetivo de reestablecer el equilibrio inicial (González-Arratia et al., 2009).

De acuerdo con Oblitas (2008), diversos factores contribuyeron al interés de otras disciplinas, como la Psicología, específicamente la Psicología de Salud, por superar el modelo médico tradicional y acercarse a una una visión y una aproximación más comprensiva de la salud, señala, por ejemplo: 1) el cambio en la prevalencia de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas, 2) el costo de los cuidados de salud y 3) mayor énfasis en la calidad de vida. Por lo anterior, el cambio de planteamiento biomédico de la salud hacia el modelo biopsicosocial permitió hipotetizar la consideración de factores psicológicos, sociales y culturales, así como de los biológicos, como determinantes de la enfermedad y de su posible tratamiento.

La emergencia en salud que atraviesan en la actualidad los países, según los datos y cifras de la OMS en 2018 en cuanto a las enfermedades crónicas (aproximadamente 41 millones de personas mueren anualmente por esta causa, equivalente al 71% de las muertes que se producen en el mundo), requiere de la investigación y de la intervención de profesionales en los diversos campos del conocimiento. Por lo tanto, el estudio de los procesos psicológicos implicados en el proceso salud-enfermedad es urgente, ya que se deben buscar y establecer rutas de acción hacia la salud “aceptando que ésta no es solamente la ausencia

de enfermedad, sino el estado completo de bienestar físico, psicológico y social” (González-Arratia et al., 2009).

Los datos ofrecidos por la OMS en el 2018, revelan una alta prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas, por lo que a continuación se realiza una breve revisión de la información epidemiológica ofrecida por este organismo y de la literatura científica al respecto.

1.2 EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Las enfermedades crónicas conforman un grupo heterogéneo de padecimientos que en la actualidad constituyen uno de los mayores retos que enfrentan los sistemas de salud a nivel mundial, debido a 1) el número de casos de afectados, 2) incremento en la incidencia y 3) su gradual contribución a la mortalidad general (Córdova et al., 2008). Se considera que son la causa más frecuente de discapacidad, además, representan un costo elevado de hospitalización, del tratamiento médico y posterior rehabilitación (Córdova et al., 2008; Serra, 2016; Serra et al., 2018).

Según la OMS (2018a), las enfermedades crónicas son afecciones de larga duración y de progresión lenta que se configuran como el resultado de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Entre estas enfermedades destacan: las cardiovasculares (como los ataques cardíacos, la cardiopatía isquémica, hipertensión arterial y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes. Según las cifras proporcionadas por este organismo, aproximadamente 41 millones de personas mueren anualmente a causa de alguna enfermedad crónica, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo (OMS, 2018b); las causas reportadas son: las enfermedades cardiovasculares (17,7 millones cada año), seguidas del cáncer (8,8 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones).

En cuanto a la prevalencia e incidencia, la OMS en el 2018, reportó que estos padecimientos no son exclusivos de población adulta, ya que anualmente se incrementa su incidencia en población joven, laboralmente activa. Por lo anterior, los cuatro grupos de enfermedades señalados en el párrafo anterior como principales causas de defunción a nivel mundial, son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras ocurridas por enfermedades crónicas (OMS, 2018b; Serra, 2016). Cada año mueren por enfermedad crónica 15 millones de personas de entre 30 y 69 años de edad; más del 85% de estas muertes ocurren en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2018a).

De acuerdo por lo señalado por Córdova et al. (2008) y Kuri (2011), la problemática que constituye este grupo de padecimientos, ha sido el resultado de diversos cambios, entre los que cabe señalar la transición demográfica, que se refleja en la disminución de la fecundidad y decremento de la mortalidad, y un consecuente aumento en la esperanza de vida en hombres y mujeres. Asimismo, cambios económicos y sociales que inciden sobre el estilo de vida sedentario de la población, y las consecuencias que conlleva una dieta poco saludable (Serra, 2016; Soto et al., 2016), acentúan la problemática de salud. En este sentido, los estilos de vida poco saludables, según la OMS (2018a), contribuyen a la manifestación de síntomas que están asociados a diversas enfermedades crónicas, entre las que se encuentran las cardiovasculares y la diabetes.

En México, hasta el año 2014, se le atribuye el 18.6% de las muertes a las enfermedades del corazón, esto las ubica en el primer lugar de las causas de muerte en México; sin embargo, Soto et al. (2016), advierten que después de analizar detenidamente causas específicas, la diabetes mellitus ocupa ese primer lugar y que por si sola es responsable del 14.8% de las muertes registradas en 2014; en segundo lugar, se encuentran las enfermedades isquémicas del corazón con 12.7%. Se ha señalado que en México tres tipos de enfermedades crónicas reúnen el 32% de las muertes; la DMT2, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares (Narro, 2018; Soto et al., 2016).

La diabetes mellitus es un factor importante asociado a la mortalidad en todo el mundo, cuyo impacto varía según la región. Según los datos de la International Diabetes Federation (IDF, 2021), se estima que entre 2020 y 2021 aproximadamente 6.7 millones de adultos de entre 20 y 79 años murieron como resultado de la diabetes mellitus o de sus complicaciones, esto excluyendo los riesgos asociados con la pandemia de COVID-19. Esta cifra corresponde al 12.2% de las muertes a nivel mundial en este grupo de edad cuando se consideran todas las causas, aproximadamente el 32.6% de todas las muertes por diabetes ocurren en personas en edad laboral, menores de 60 años. En 2021, México encabezó la lista de los cinco países de Norteamérica y el Caribe con mayor prevalencia de diabetes en población de 20 a 79 años con el 16.9% y se encuentra en segundo lugar por el número de personas con este padecimiento con 14.1 millones (IDF, 2021). La diabetes mellitus se reporta como una de las enfermedades de mayor demanda de atención en consulta externa, también es una de las principales causas de hospitalización y la que más gasto genera (entre 15% y 20%) en las instituciones públicas de salud (Barba, 2018; Kuri, 2011). En 2021, según los datos reportados por la IDF, casi uno de cada dos adultos que vivían con diabetes (de 20 a 79 años) desconocían su estado. Una alerta digna de atención es que las personas con diabetes

diagnosticada de forma tardía, en lugar de antes, tienen más probabilidad de utilizar servicios de atención médica debido a complicaciones derivadas de la diabetes, lo que supone un riesgo adicional.

El carácter crónico de la diabetes, específicamente tipo 2, conlleva la aparición de complicaciones a largo plazo, como la retinopatía, catarata, neuropatía, nefropatía y pie diabético (Ovalle et al., 2019; Oviedo & Reidl, 2007), ocasionando serias discapacidades que deterioran el bienestar y la calidad de vida de las personas afectadas. Las complicaciones físicas de la diabetes mellitus tipo 2 no son las únicas en aparecer, ya que se han reportado altos niveles de estrés vinculado con la enfermedad (Balcázar et al., s/a; Beléndez, et al., 2015; Mishra et al., 2020), así como afectaciones negativas al bienestar (Oviedo & Reidl, 2007), debido a las complicaciones de la enfermedad y las exigencias del tratamiento, que provocan disminución de la autoestima y generan ansiedad y depresión. La relevancia del estudio de las consecuencias a nivel psicológico, radica en una comprensión holística de la enfermedad, asimismo, permitirá identificar el papel de variables psicológicas, como el estrés sobre el bienestar del individuo con diabetes mellitus.

1.2.1 Diabetes Mellitus

1.2.1.1 Concepto

Según la OMS (2018c), la diabetes mellitus es una enfermedad crónica que ocurre cuando se producen niveles elevados de glucosa en la sangre porque el cuerpo no puede producir una cantidad suficiente de la hormona insulina o no puede utilizar eficazmente la insulina que necesita. La insulina es una hormona esencial que produce el páncreas y que permite que la glucosa del torrente sanguíneo ingrese a las células del cuerpo donde se convierte en energía o se almacena (IDF, 2021). La insulina también es esencial para el metabolismo de las proteínas y las grasas. La falta de insulina, o la incapacidad de las células para responder a ella, conduce a niveles elevados de glucosa en sangre (hiperglucemia), que es el indicador clínico de la diabetes (IDF, 2021). La hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre) se produce luego de una diabetes no controlada o atendida adecuadamente, lo que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos; las complicaciones de salud incapacitantes y potencialmente mortales que ha señalado la IDF (2021) son las enfermedades cardiovasculares (ECV), daño a los nervios (neuropatía), daño a los riñones (nefropatía), amputación de miembros inferiores y enfermedades oculares (que afectan principalmente a la retina) que provocan pérdida de la visión e incluso ceguera. De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-015-

SSA2-2010 (2010), para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, se trata de un padecimiento que abarca un grupo de enfermedades sistémicas, crónicas, de causa desconocida, donde intervienen factores genéticos y ambientales que afectan el metabolismo de los carbohidratos, y de otras sustancias como las proteínas y grasas, que se asocian fisiopatológicamente con anomalías como cantidades bajas, tiempo de producción y secreción y/o en la acción de la insulina. Lo anterior conduce a un estado de hiperglucemia (elevación anormal de la glucemia o glucosa sanguínea).

1.2.1.2 Clasificación

Para conceptualizar los tipos de diabetes se tomó en consideración y como base la clasificación de la IDF (2021) y de la OMS (2019) la cual se describe a continuación:

a) Diabetes tipo 1. Es causada por una reacción autoinmune, en la que el sistema inmune del cuerpo ataca las células beta, productoras de insulina en el páncreas, que resulta en la incapacidad del cuerpo para producir la insulina que necesita. La causa no es específica aun, sin embargo, la explicación de las causas más probables es que la combinación de susceptibilidad genética aunada a un desencadenante ambiental, como una infección viral, inician la reacción autoinmune. Este tipo de diabetes afecta a población de cualquier edad, con mayor prevalencia en niños y jóvenes adultos, lo que la convierte en una de las enfermedades crónicas más comunes en la infancia. La persona que la padece requiere de la administración diaria de insulina para controlar los niveles de glucosa en la sangre, que en conjunto con el monitoreo regular de glucosa en sangre, educación y apoyo se pueden prevenir complicaciones asociadas a la enfermedad. En este punto es importante señalar que la diabetes tipo 2 también se observa en niños y se encuentra en aumento en algunos países a medida que el sobrepeso y la obesidad infantil se vuelven más comunes.

b) Diabetes tipo 2. En este tipo de diabetes la hiperglucemia resulta inicialmente de la incapacidad de las células del cuerpo para responder de forma adecuada a la insulina, una condición que se denomina resistencia a la insulina. Bajo esta condición de resistencia la hormona es menos eficaz, lo que provoca un aumento en la producción de insulina. Con el tiempo, se puede desarrollar una producción inadecuada de insulina como resultado de la incapacidad de las células beta pancreáticas para satisfacer la demanda. Se considera que este es el tipo de diabetes más común ya que representa más del 90% de las diabetes en el mundo, se refleja una mayor prevalencia en población adulta, sin embargo, en los últimos años se ha

reportado incidencia en niños y adolescentes. Aunque las causas no se conocen aún con precisión, se han vinculado algunos factores de riesgo al desarrollo de este tipo de diabetes, entre los que se destaca el sobrepeso, inactividad física y hábitos alimenticios; algunos otros factores que juegan un papel importante son la etnicidad, historial familiar de diabetes, historial pasado de diabetes gestacional y la edad avanzada. Se destaca que existe poca probabilidad de determinar el momento de inicio de la diabetes tipo 2, lo que en ocasiones resulta en un largo periodo previo al diagnóstico e incidir en complicaciones como discapacidad visual, úlceras en las extremidades inferiores por cicatrización deficiente, enfermedades cardíacas o accidentes cerebrovasculares. Se ha señalado que los niveles de presión arterial y colesterol en sangre son factores de riesgo relacionados con la diabetes y con las complicaciones que de ellos pueden derivar, como la enfermedad renal, retinopatía, neuropatía, enfermedad arterial periférica y ulceración del pie.

c) Diabetes gestacional. La condición de hiperglucemia que se presenta durante el embarazo puede clasificarse como diabetes pregestacional, diabetes mellitus gestacional o diabetes en el embarazo. La diabetes pregestacional incluye a las mujeres con diabetes conocida tipo 1, tipo 2 u otras formas de diabetes antes del embarazo. La diabetes mellitus gestacional puede ocurrir en cualquier momento durante el periodo prenatal, sin embargo, es probable que no persista después del parto. La diabetes en el embarazo se aplica a mujeres embarazadas con hiperglucemia que fueron diagnosticadas por primera vez durante el embarazo, se detecta mejor durante el primer trimestre. Se estima que entre el 75% y 90% se los casos de hiperglucemia en el embarazo son diabetes mellitus gestacional.

d) Otros tipos de diabetes. La OMS (2019) enumera otros tipos específicos de diabetes mellitus, donde se incluye la diabetes monogénica que se había denominado anteriormente como diabetes secundaria. Este tipo de diabetes es el resultado de la contribución de un gen, en lugar de varios genes y factores ambientales. Ocurre con menos frecuencia en comparación con otros tipos, represente entre el 1.5 y 2% de todos los casos. La forma monogénica de la diabetes posee un amplio espectro que abarca desde la diabetes mellitus neonatal, diabetes de inicio en la madurez de los jóvenes y enfermedades sindrómicas asociadas a la diabetes.

1.2.1.3. Epidemiología

La IDF (2021) estimó que 537 millones de adultos de 20 a 79 años en todo el mundo (10,5% de todos los adultos en este grupo de edad) tienen diabetes. Se prevé que para 2030, 643 millones, y para 2045, 783 millones de adultos de entre 20 y 79 años vivirán con diabetes. A la par, las estimaciones del

crecimiento de la población a nivel mundial en un 20%, se advierte que el número de personas con diabetes aumentará un 46%. La prevalencia de la diabetes tipo 2 es alta y está en aumento en todas las regiones del mundo, impulsado principalmente por el envejecimiento de la población, el desarrollo económico y el aumento de la urbanización. Lo anterior, conduce a estilos de vida más sedentarios y a un mayor consumo de alimentos poco saludables relacionados con el aumento de la obesidad. Las proyecciones de la IDF (2021) estiman un incremento del 16% en la prevalencia de diabetes, siendo el mayor aumento porcentual de 2021 a 2045 en la prevalencia que se producirá en los países de ingresos medios. Se estima también que el 94% del aumento en el número de personas con diabetes para el año 2045 ocurrirá en países de bajos y medianos ingresos, donde se espera que el crecimiento de la población sea mayor.

En 2021 se observó una prevalencia creciente por edad y se pronostica una tendencia similar para 2045. La más baja es entre los adultos de 20 a 24 años (2.2% en 2021) que entre los adultos de 75 a 79 años (24% en 2021), se prevé que en este segundo grupo de edad aumente al 24.7% en 2045. Como se mencionó, el envejecimiento de la población mundial producirá una proporción cada vez mayor de personas con diabetes mayores de 60 años. La prevalencia estimada por género, en mujeres con diabetes de 20 a 79 años es de 10.2%, ligeramente inferior a la prevalencia estimada del 10.8 de hombres. De acuerdo a la distribución, más personas con diabetes se ubican en áreas urbanas (360 millones, prevalencia del 12.1%), que en áreas rurales (176.6 millones, prevalencia del 8.3%). Los países con mayor población con diabetes en el mundo son: China (140.9 millones), India (74.2 millones), Pakistán (33.2 millones) y Estados Unidos (32.2 millones). México se encuentra en la posición número siete a nivel mundial con 14.1 millones, para el 2045 se estima la población sea de aproximadamente 21.2 millones de personas con esta enfermedad.

En México, la prevalencia total de diabetes mellitus fue de 16.8% en 2018 y del 15.7% en 2020, según los datos proporcionados con Basto-Abreu et al. (2021), se observó también una disminución en el porcentaje de personas que desconocían su enfermedad, en 2018 fue del 38%, mientras que en 2020 fue del 29%. De 2006 a 2016 se observó un incremento en la diabetes diagnosticada, del 7.3% al 9.5% respectivamente (Rojas-Martínez et al., 2018) mientras que la diabetes no diagnosticada disminuyó de 7.1 a 4.1 %, para una prevalencia total de diabetes de 14.4 en 2006 y 13.7 % en 2016 (Basto-Abreu et al., 2021). Se estima que la prevalencia continúe en aumento (IDF, 2021), ya que además del envejecimiento de la población, los factores de riesgo relacionados con la alimentación y el estilo de vida siguen vigentes en la

población y contribuyen al incremento en la prevalencia de la obesidad, considerado como uno de los principales factores de riesgo para la diabetes mellitus tipo 2.

En general, México se encuentra en un ambiente que puede facilitar la ocurrencia de diabetes mellitus (Basto-Abreu-2021), por lo que su incremento exige la investigación, el análisis y la intervención en todos los ámbitos, sobre los posibles factores que están relacionados con su desarrollo y curso, aún más importante ante la situación de pandemia por COVID-19. Por lo anterior, desde la Psicología de la salud se ha pronunciado el interés por el estudio de los factores físicos y psicológicos, además de los sociales, que intervienen en el padecimiento de la enfermedad crónica (Cardozo & Rondón, 2014; Debono & Cachia, 2007)

Algunos autores, como Vázquez y Hervás (2009) y Park et al. (2013) coinciden en hacer mención que, a lo largo de la historia, la Psicología ha estudiado los aspectos patológicos del ser humano, dejando de lado, de alguna forma, el estudio de aspectos positivos, por ejemplo, la felicidad, el bienestar, la resiliencia, que pueden fortalecer al individuo cuando vive y está inmerso en condiciones de vida difíciles, incluso de enfermedad. En este sentido, una perspectiva relativamente nueva de la Psicología, surgió con el propósito de indagar acerca de las fortalezas humanas, se le denominó Psicología Positiva. El impulso para su creación fue dado por Martin Seligman de la Universidad de Pennsylvania (Oblitas, 2008; Park et al., 2013; Vázquez & Hervás, 2009). A continuación, se presenta una breve reseña del surgimiento y desarrollo de la Psicología Positiva, entendida como una posibilidad de estudiar y comprender la conducta humana, desde sus fortalezas.

1.3 PSICOLOGÍA POSITIVA. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La Psicología Positiva, cuyo principal objetivo es investigar acerca de las fortalezas y virtudes humanas, surge como tal en la década de los 90, cuando Martin Seligman fue nombrado presidente de la Asociación Americana de Psicología en 1998 y propuso llevar la investigación psicológica hacia los aspectos saludables y positivos del ser humano (Hervás, 2009). Se trata de una rama de la Psicología que se ha sujetado al método científico, focalizando su interés en el estudio de las cualidades y características positivas humanas, un enfoque distinto al que tradicionalmente mantuvo la Psicología como enfoque dominante (Park et al., 2013; Vera, 2006). Se considera que a partir de su surgimiento y desarrollo se incorporó al enfoque salutogénico, propuesto por Antonovsky (1996), quien entiende la salud-enfermedad como dos polos de un continuo, interesado por el estudio de los factores que promueven el movimiento

hacia el extremo favorable y cuyo objetivo final es la promoción de la salud y el bienestar psicológico (Gancedo, 2009).

Cuadra y Florenzano (2003), afirman que la psicología al establecerse como ciencia independiente en el siglo XIX, se enfocó en el estudio, comprensión e intervención de las patologías y enfermedades mentales, dejando de lado la promoción de la salud, más allá de la enfermedad. Resulta innegable que el enfoque tradicional de la psicología contribuyó a la generación de un amplio conjunto de conocimientos, del cual surgieron teorías acerca del funcionamiento de la mente, posibilitando el desarrollo de terapias farmacológicas y psicológicas para la enfermedad mental, lo que permitió la recuperación de las personas afectadas (Cuadra & Florenzano 2003). Sin embargo, Seligman y Csikszentmihalyi (2000), señalan, que este énfasis de la Psicología en la enfermedad, provocó el descuido de los aspectos positivos del ser humano, tales como el bienestar, la satisfacción, la esperanza, el optimismo, el flujo y la felicidad y de los beneficios que representan para las personas. Los mismos autores Seligman y Csikszentmihalyi (2000), reconocidos como precursores de la Psicología Positiva, señalaron que, antes de la segunda guerra mundial, la psicología estuvo enfocada en el estudio de la patología y de la enfermedad mental; la misión de la psicología antes de esa época consistía en tres tareas (Lupano & Castro, 2010), “curar la enfermedad mental, ayudar a las personas a tener una vida más productiva y satisfecha, e identificar y promover el talento” (p. 43), sin embargo las consecuencias de la segunda guerra provocaron que solo atendiera la primera de ellas.

Seligman y Csikszentmihalyi (2000) hacen énfasis en que el surgimiento de la Psicología Positiva representa un intento por rescatar las tareas olvidadas, a través de la investigación generada en cuatro grandes áreas: el estudio de las emociones positivas, el estudio de los rasgos positivos, el estudio de las organizaciones positivas y el estudio de las relaciones positivas (Herváz, 2009).

Por otra parte, Lupano y Castro (2010) postulan que, si bien el estudio de las potencialidades humanas no ha sido un interés exclusivo de la Psicología Positiva, “Seligman tuvo la virtud de identificar estas tendencias, nombrarlas y adaptarlas a los cánones ortodoxos de la ciencia, organizándola en una estructura programática e impulsando su investigación y difusión” (p.44).

En cuanto a los antecedentes, el interés por estudiar el bienestar y la satisfacción vital, de acuerdo con Herváz (2009), se remonta a la época de la Grecia Clásica; se señala por ejemplo a Aristóteles, quien escribió sobre la eudaimonia (felicidad o plenitud) “y sobre cómo la vida virtuosa podía ser la vía para llegar a ella” (p. 25). Filósofos como Spinoza, Schopenhauer, Bertrand Russell, Heidegger y Cioran, entre

otros, escribieron también ensayos sobre diversos aspectos humanos y su relación con la felicidad y el bienestar.

Por su parte, Mariñelarena (2012), señala que el interés por los aspectos positivos del ser humano podría ubicarse en los orígenes de la psicología académica norteamericana, en los escritos de William James sobre la mente sana. Asimismo, Gancedo (2009) describe dos momentos importantes en el surgimiento y posterior desarrollo de la psicología positiva: el primero, refiere a los antecedentes que se pueden encontrar en representantes de la Psicología Humanista, como Abraham Maslow (1989) y Carl Rogers (1971), quienes desarrollaron sus teorías con base en una visión positiva del ser humano; propusieron que “la psicología debía ocuparse con igual énfasis de estudiar la enfermedad como las capacidades y potencialidades psíquicas” (Gancedo, 2009, p. 16). La perspectiva humanista representó una contraparte importante de las visiones reduccionistas propuestas por dos corrientes dominantes y opuestas de la época: el conductismo y el psicoanálisis (Herváz, 2009; Mariñelarena, 2012).

De igual forma, de acuerdo con Gancedo (2009), el segundo momento se ubica alrededor de los años 80 con la aparición de una serie de investigaciones acerca de temas sobre aspectos psicológicos funcionales, “como la creatividad, el apego, la resiliencia, las inteligencias múltiples, la inteligencia emocional, el bienestar psíquico, entre otros” (p.16). Se pudo observar que se trataba de investigaciones orientadas hacia el polo de la salud, es decir, hacia el enfoque salutogénico, por lo que Gancedo (2009) considera que se adscribieron a éste.

Desde el inicio formal de la Psicología Positiva, se han generado un número importante de investigaciones acerca de los aspectos positivos del ser humano, algunas de las cuales han contribuido con el desarrollo de instrumentos para medir emociones y rasgos psicológicos positivos (Gancedo, 2009). Desde el punto de vista de Herváz (2009), un área esencial de la Psicología Positiva, es la vertiente aplicada, es decir, “el desarrollo de estrategias específicas, programas, herramientas y su aplicación, tanto en programas, como de promoción de la salud y de intervención en problemas diversos” (p. 26). Por lo que se asume que las investigaciones generadas desde este enfoque, pretenden facilitar el desarrollo y funcionamiento óptimo en el individuo, potenciando sus recursos individuales con el propósito de enfrentar y superar condiciones difíciles. En este sentido, el estudio de constructos inscritos en la Psicología Positiva, tales como la resiliencia, el bienestar psicológico, el afrontamiento religioso y la espiritualidad, ha trascendido al campo de la salud, específicamente al área de las enfermedades crónicas y terminales (Vinaccia et al., 2012), los cuales constituyen el objeto de estudio en la presente investigación. Existe evidencia que confirma la incidencia de estas variables psicológicas en el mejoramiento de la salud

mental y física en personas en condición de enfermedad, que influyen en la calidad de vida y bienestar, así como en la adhesión al tratamiento (Becker & Newson, 2005; Bonelli & Koenig, 2013; Cal et al., 2015; Rivera-Ledezma & Montero, 2007).

Por otra parte, existe evidencia sobre la influencia que tiene el estrés sobre el riesgo de enfermedad, la aceleración de la enfermedad y la salud en general (Walker et al., 2020) así como de la relación que mantiene con múltiples condiciones en el ser humano, como reacciones emocionales y alteraciones metabólicas e inmunológicas (Holmes et al., 2020). Se ha relacionado también con la vulnerabilidad del sistema inmune impidiéndole al organismo enfrentar procesos infecciosos con alta probabilidad de enfermar (Holmes et al., 2020; Muñoz et al., 2020). En el siguiente apartado se presentan algunos antecedentes relevantes del estrés, que representa la variable de entrada para el modelo de bienestar psicológico en adultos con DMT2 que se propuso en la presente investigación.

1.4 ESTRÉS

El estrés constituye una de las experiencias vitales más comunes en los seres humanos y las especies animales, por lo que ha sido objeto de interés y de estudio en la comunidad científica. El uso del término estrés se ha extendido ampliamente en diversos campos, como las ciencias sociales, ciencias biológicas, incluso la economía, ciencias políticas, negocios y educación (Elena, 2002; Lazarus & Folkman, 1984). Existe una mayor discusión en torno al concepto en las áreas relacionadas con la salud, específicamente la psicología clínica y la psicopatología, ya que la forma en que el individuo hace frente al estrés, puede ser un mecanismo mediador entre los acontecimientos estresantes y su salud (Sandín & Chorot, 2003). En las áreas relacionadas con la salud, el estudio del estrés, actualmente se considera importante para la explicación de diversas enfermedades (Rodríguez, 2010). Particularmente, en la Psicología se ha abordado el tema desde diferentes perspectivas, a partir de que Hans Selye definió el concepto como un Síndrome General de Adaptación que explica la respuesta del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante (Neylan, 1998).

1.4.1 Concepto

El término estrés fue introducido en el ámbito de la salud por Selye en 1936 (Lazarus & Folman, 1984; Neylan, 1998; Szabo, et al., 2017), quien lo utilizó para explicar la respuesta fisiológica de un

organismo a un estímulo nocivo, que puede ser de tipo físico o psicológico, y que denominó como Síndrome General de Adaptación.

Las observaciones de Selye se basaron en experimentos con ratas que fueron expuestas a estresores severos, cuyos hallazgos, mediante la disección de la rata, revelaron que había agrandamiento de las glándulas suprarrenales, atrofia del timo y los ganglios linfáticos, así como úlceras gástricas hemorrágicas, a este conjunto de alteraciones se les denominó “la triada del estrés” (Szabo et al., 2017). Las aportaciones de Selye ejercieron una importante influencia para posteriores investigaciones en el área de la biología, la medicina y la psicología (Elena, 2002; Lazarus & Folkman, 1986).

En la literatura se ha utilizado el término estrés para designar la respuesta general, así como para la situación que la provoca o las consecuencias de esta por lo que la definición del término varía en función del modelo teórico que lo explica Oblitas (2010). En la literatura se puede encontrar el estrés localizado en el estímulo (Holmes & Rahe, 1967) en la respuesta (Neylan, 1998) o en la interacción (Lazarus & Folkman, 1984), tres orientaciones que han marcado el desarrollo de la teoría del estrés. A continuación, se presenta una breve revisión de las tres perspectivas científicas en torno al estudio del estrés.

1.4.2 Modelos teóricos del estrés

1. La perspectiva ambientalista considera al estrés como algo externo (evento) que provoca una respuesta en la persona, es decir, una serie de estímulos ambientales o eventos denominados estresores, que causan una respuesta de tensión (Rodríguez et al., 2009) y que como consecuencia pueden alterar la condición del individuo (Sandín, 2003). Oblitas (2010) señala que esta perspectiva se constituye de investigaciones que se han destacado el estudio de eventos vitales desagradables y/o traumáticos que han implicado el ajuste en la vida de las personas que los experimentan. Una de las aportaciones más representativas de esta perspectiva es la de Holmes y Rahe (1967) quienes centraron su trabajo en la construcción de cuestionarios para evaluar el estrés.

2. La segunda perspectiva hace énfasis en la respuesta, la cual refiere a la experiencia de la persona (Rodríguez et al., 2009), entendida como una reacción física del cuerpo en respuesta a una demanda. Este enfoque, cuyo precursor es Selye (Neylan, 1998) definió el estrés como una respuesta inespecífica resultado de la exposición del organismo a cualquier estímulo nocivo. Selye definió el estrés con base en un conjunto de respuestas fisiológicas hormonales, en términos de activación del eje hipotálamo-hipofisocórticosuprarrenal, un incremento de la secreción de corticoides, específicamente de cortisol, y activación del eje simpático-médulo-suprarrenal, como reacción del organismo a estímulos inespecíficos o estresores

(Sandín, 2003; Szabo et al., 2017). Si el nivel de activación persiste, entonces se produce el síndrome del estrés, el cual se caracteriza por hiperplasia suprarrenal, atrofia del timo y úlceras gástricas (Bértola, 2010; Szabo et al., 2017).

El estrés es considerado por Selye como el común denominador de las respuestas adaptativas del cuerpo (Neylan, 1998) las cuales dividió en tres fases: 1) reacción de alarma, que ocurre cuando el organismo se enfrenta a un evento crítico o estresante, 2) fase de resistencia, que ocurre cuando el evento estresante persiste en el tiempo y, finalmente, en caso de que el estrés persista, 3) estadio de agotamiento. Este modelo de estrés se basa en una orientación médico-biológica (Sandín, 2003) y retoma el concepto de homeostasis utilizado por Cannon para describir el proceso de adaptación del organismo para mantener el equilibrio interno. Neylan (1998) señala que, aunque las aportaciones de Selye en torno al estrés como un conjunto de respuestas inespecíficas ha sido criticado, su investigación empírica sigue teniendo una importante influencia hasta el día de hoy.

3. Lazarus y Folkman (1986), propusieron un modelo explicativo del estrés desde una perspectiva transaccional, en donde se concibe al estrés como un proceso que ocurre como consecuencia de la relación de la persona con el entorno y la valoración personal de la situación que se experimenta y que posee un efecto mediador. Los autores ya citados, postularon que para que exista un proceso de estrés son importantes dos elementos: la valoración cognitiva y las estrategias de afrontamiento. En cuanto al primero, ocurre en etapas; la primera etapa, se presenta cuando el individuo detecta el evento externo, inicia una serie de reacciones fisiológicas, y la valoración cognitiva opera, determinando si existe peligro o no. Lazarus y Folkman (1984) denominaron a este proceso valoración primaria. Si se determina que existe peligro, ocurre la segunda etapa, denominada valoración secundaria, que consiste en establecer una respuesta, que, de acuerdo con los autores, está relacionada con la emoción. Las respuestas del estrés dependen de la valoración cognitiva, empleando diversas estrategias de afrontamiento, que a su vez dependen de factores como la salud, energía, creencias positivas, capacidad de resolución de problemas, apoyo social y aceptación, entre otras. Finalmente se realiza una reevaluación, donde el evento que fue valorado anteriormente adquiere un significado diferente al original, si el contexto cambia o la persona considera el evento de forma distinta (Rodríguez, et al., 2009).

En el enfoque propuesto por Lazarus y Folkman (1986), se entiende el estrés como “una relación particular entre el individuo y su entorno, que es evaluado como amenazante y desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (p. 46). De acuerdo con Oblitas (2010), el estrés psicológico desde la perspectiva transaccional, constituye el producto de la forma en que el individuo evalúa y se

relaciona con el entorno, desde una visión subjetiva, de tal forma que “nada es estresante a menos que el individuo lo defina como tal... no hay acontecimientos universalmente estresantes, sino que sólo existen cuando una persona los define como tales” (p. 26).

Con base en la perspectiva transaccional, el estrés percibido, por lo tanto, corresponde al grado en que las situaciones de la vida se perciben como amenazantes, impredecibles e incontrolables, por lo que se valoran como estresantes (Remor, 2006). Es una variable que ha sido estudiada en relación con diversos aspectos de la salud, bienestar y calidad de vida, entre los que se puede mencionar los siguientes: bienestar psicológico en cuidadores de pacientes con cáncer terminal (Matus & Barra, 2013), calidad de vida en mujeres con cáncer de mama (Lostanau, Torrejón & Cassaretto, 2017), adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (Lazcano & Salazar, 2007), entre otras.

Específicamente, el estudio del estrés en enfermedades crónicas, ha resultado de interés para los investigadores debido a las consecuencias que éste puede provocar sobre la enfermedad y su falta de control en el individuo (Ledón, 2011; Walker et al., 2020), además de la relación que puede mantener con variables sociodemográficas como la sexo y edad.

1.4.3 Estrés percibido y enfermedades crónicas

Existe una creciente tendencia en la investigación del estrés y de su asociación y presencia en las enfermedades crónicas (Conversano, 2019), así como de la relación que mantiene con los resultados en la salud (Oblitas, 2008; 2010). Se ha estudiado su papel en relación con la calidad de vida de personas con DMT2 (Martino et al., 2019), multimorbilidad donde se destacan las enfermedades pulmonares (Pengpid & Peltzer, 2021), el cáncer (Miniati et al., 2018) y enfermedades cardiovasculares (Conway et al., 2020).

Bramanti et al. (2021) llevaron a cabo un estudio con la finalidad de indagar acerca del impacto del estrés percibido debido a la pandemia por COVID-19 en personas italianas con enfermedad crónica preexistente. En sus resultados reportaron mayores niveles de estrés percibido debido en parte a preocupaciones relacionadas con el COVID-19 y por lo cambios en el tratamiento médico por la pandemia, por lo que destacan la importancia de tratamiento psicológico a distancia a fin de ofrecerles apoyo.

En el estudio de Moral de la Rubia y Martínez (2009) se describió y analizó el nivel estrés percibido y estrategias de afrontamiento de padres que experimentaron el diagnóstico de cáncer de un hijo. Los resultados mostraron que los niveles más elevados de estrés se presentaron en un mayor porcentaje de padres en comparación de las madres, por lo que los autores sugirieron la necesidad de apoyo psicológico, posiblemente más en hombres que en mujeres en estas condiciones. Se menciona, también que, debido

a la alta prevalencia de ansiedad en padres, se recomienda evaluar el estrés y diseñar intervenciones de apoyo en los centros de atención oncológica pediátrica.

Hernández et al. (2009), en su estudio, señalan que las personas que presentan un menor nivel de estrés son aquellas que no tienen ninguna enfermedad en comparación con las que reportaron algún padecimiento. Asimismo, mencionan que la incidencia de estrés en enfermos crónicos, depende de la vulnerabilidad previa del individuo, la capacidad de protección individual, los recursos de adaptación, autoestima y soporte social.

En el área de la psiconeuroinmunología se han realizado estudios que a lo largo de 50 años han revelado el vínculo entre el sistema nervioso, el estrés y el sistema inmune (Straub & Cutolo, 2018), que ha conducido al conocimiento de que el estrés psicológico puede ser permisivo a enfermedades inflamatorias crónicas, cáncer, enfermedades cardiovasculares, infecciones virales agudas y crónicas, asma entre otras. Sirera et al. (2006), realizaron una revisión sobre la relación entre el sistema inmunológico, la depresión, el estrés y el cáncer. Señalaron entre sus hallazgos que, el estrés tiene la capacidad de alterar el funcionamiento del sistema inmune, que puede ocurrir mediante la innervación directa de los órganos linfoides por el sistema nervioso central o a través de la liberación de citocinas y hormonas, mencionan que “los sujetos sometidos a situaciones de estrés... experimentan defectos cualitativos y cuantitativos de la función del sistema inmune, como la disminución de la capacidad proliferativa in vitro de los linfocitos citotóxicos ante mitógenos” (p. 42-43). Asimismo, señalan que “el sistema inmune tiene un papel importante en la regulación del crecimiento tumoral... ya que no sólo se encarga de eliminar del organismo agentes infecciosos, sino que también realiza vigilancia activa de la aparición de células neoplásicas” (p. 43). Por lo anterior, los autores hacen énfasis en que los cambios inmunológicos ante el estrés tienen a capacidad de influenciar el desarrollo de tumores y aparición de metástasis. Uno de los elementos fundamentales de la revisión, de acuerdo con los autores, fue la necesidad de intervenciones terapéuticas con el propósito de reducir el estrés, ya que éstas se han relacionado con una mejoría en el curso de la enfermedad neoplásica.

El estudio del estrés vinculado con la diabetes mellitus, surge de la necesidad de identificar la relación que existe entre este y el control de los niveles de glucosa en sangre (como una de las principales características de esta enfermedad) y en el impacto que el estrés genera en la condición física y psicológica de la persona que la padece (Hilliard et al. 2016; Mishra et al., 2020). El diagnóstico inicial de diabetes puede tener un impacto emocionalmente significativo en la persona que lo recibe, y su reacción puede estar afectada por diversas variables, como su personalidad, por cómo se presenta la información, el

historial familiar e información contradictoria que la persona tiene acerca de la diabetes (Jiménez & Dávila, 2007).

La importancia de su estudio, radica en que el estrés es inducido por situaciones que se perciben como amenazantes para la integridad del individuo, las cuales provocan reacciones emocionales, como miedo y angustia, que a nivel fisiológico, se manifiestan en la interacción de distintas hormonas que modifican la interacción del organismo con la secreción de insulina y puede resultar en una elevación de la glucosa en la sangre (Guevara et al., 2015). Una breve revisión de la literatura a este respecto se ofrece a continuación.

1.4.3.1 Estrés percibido y DMT2.

El estrés psicológico es un factor de riesgo importante para la diabetes mellitus y las experiencias estresantes pueden afectar el inicio y el control metabólico de la enfermedad (Mishra et al, 2020). Diversos estudios han analizado la relación entre el estrés percibido y marcadores biológicos de glucosa en sangre, los cuales han determinado que existen niveles de glucosa altos, especialmente en personas con prediabetes con altos niveles de estrés (Mishra et al, 2020; Walker et al., 2020), por lo que se ha considerado necesario el análisis a través de estudios longitudinales que evalúen el papel del estrés percibido en la progresión de la enfermedad. Se ha asociado también al estrés con la liberación de hormonas como la adrenalina y noradrenalina, y la movilización de energía, lo que a menudo resulta en niveles elevados de glucosa y en consecuencias negativas a la salud de la persona con enfermedad (Surwit et al., 2002). Además de lo anterior, el estrés puede interrumpir el control de la diabetes indirectamente a través de los efectos sobre la dieta, el ejercicio y otros comportamientos de autocuidado (Egede & Dismuke, 2012). Hilliard et al. (2016) señalan que los mecanismos de la asociación estrés y control glucémico, incluye vínculos fisiológicos (carga alostática de la actividad del eje hipotálamo-pituitario suprarrenal), psicológicos (experiencias psicológicas relacionadas con el estrés), conductuales (comportamientos de salud y habilidades de autocontrol) y ambientales (relaciones interpersonales y ambientes de trabajo), por lo que comprender las dimensiones del estrés en relación con los factores implicados es de gran importancia clínica.

La asociación entre la enfermedad crónica y el estrés implica también muchos factores potenciales. Tyler y colaboradores (2020) utilizaron un diseño de investigación en gemelos con la finalidad de controlar factores no medidos que comparten los gemelos, incluidos los factores genéticos y ambientales. Usaron

modelos de regresión lineal para analizar datos transversales de cuestionario de salud y estilo de vida en gemelos australianos entre 2014 y 2017. En los resultados se observó que padecer alguna enfermedad crónica se asoció con un aumento en el nivel de estrés en la persona enferma. Según los autores, esta estimación dentro de la pareja de gemelos controla naturalmente los factores compartidos como los genes, la edad y las experiencias vividas compartidas. Las conclusiones de este trabajo se orientan a enfatizar la asociación entre el estrés y el padecimiento de una enfermedad crónica.

Por su parte Ortiz y Sapunar (2018) analizaron mediante un estudio longitudinal la asociación entre el estrés, los síntomas depresivos y la posible predicción de variables asociadas al síndrome metabólico (presión arterial, glucosa plasmática elevada, obesidad abdominal), un antecedente importante de la DM2. Durante tres años le dieron seguimiento a la muestra, tiempo en el cual se recolectaron las mediciones requeridas. En los hallazgos de este estudio se observó que el estrés crónico se asoció longitudinalmente con puntuación elevada en las variables del síndrome metabólico (el estrés y los síntomas depresivos al inicio del estudio predijeron trayectorias más altas en las variables del síndrome metabólico).

Surwit et al. (2002), llevaron a cabo un estudio, cuyo objetivo fue determinar si un programa de entrenamiento, efectuado durante un año, en el manejo del estrés percibido, relacionado con la enfermedad, incidiría sobre el control glucémico en paciente con diabetes tipo 2. Los resultados evidenciaron que, el entrenamiento en el manejo del estrés se asoció con una reducción pequeña (0.5%) pero significativa de glucosa en sangre.

En un estudio realizado en Monterrey, Nuevo León (Guevara et al., 2015), donde el objetivo fue determinar la relación entre estrés percibido y el control glucémico (niveles de glucosa en sangre) en 122 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se encontró que los bajos niveles de estrés percibido se relacionaron con bajos y moderados niveles de glucosa en sangre. Mientras, los niveles de estrés percibido altos, estuvieron relacionados con la falta de información sobre la enfermedad, lo que afectó en el control glucémico, reflejándose en su incremento.

En suma, se puede señalar que el carácter estresante de la diabetes mellitus es el resultado de múltiples factores, además de requerir cierto ajuste en el estilo de vida de la persona (con el propósito de amortiguar las consecuencias y demandas de la enfermedad) constituye uno de los eventos vitales de mayor impacto en la persona que la padece (Ledón, 2011). Jiménez y Dávila (2007), mencionan que, padecer diabetes mellitus puede aumentar el estrés psicológico, con el riesgo de sufrir algún trastorno

mental, como depresión. En relación con las consecuencias físicas de la enfermedad, la literatura en torno a la relación y presencia que mantiene el estrés tanto en la salud como en la enfermedad, ha puesto de manifiesto que mantener niveles lo más cercano a lo normal, de glucosa en la sangre, puede prevenir o retardar complicaciones (Jiménez & Dávila, 2007; Lazcano & Salazar, 2007; Oviedo & Reidl, 2007). En este sentido, se ha identificado una relación positiva entre el estrés relacionado con la enfermedad y control glucémico, es decir, a mayor estrés, mayores niveles de glucosa en sangre, lo cual afecta negativamente el bienestar y calidad de vida de la persona (Guevara et al., 2015).

1.4.4 Estrés percibido y bienestar psicológico

La literatura en torno a la relación entre estrés percibido y bienestar psicológico, de acuerdo con el modelo de Ryff el cual se abordará en un apartado posterior, señala que el bienestar psicológico se relaciona negativamente con el estrés percibido, específicamente en cuidadores familiares de pacientes con cáncer terminal (Matus & Barra, 2013). En el estudio realizado por Skok et al. (2006) con madres cuidadoras de niños con parálisis cerebral, cuyo objetivo fue determinar el impacto del estrés percibido y el apoyo social sobre el bienestar psicológico, se concluyó que estas variables predijeron significativamente el bienestar psicológico, de forma individual y conjunta.

Hinojosa y Alonso (2019), llevaron a cabo un estudio donde la muestra estuvo compuesta por 135 mujeres familiares de personas dependientes del alcohol, donde el objetivo fue determinar la relación entre la incertidumbre, el estrés percibido y su incidencia de estas dos variables sobre el bienestar psicológico. Los resultados reportaron que el estrés se relaciona negativamente con el bienestar psicológico, por lo que los autores concluyeron que, el ser parte de una familia donde existe abuso de sustancias se manifiesta en la experiencia de emociones negativas, lo que a su vez influye en la manifestación de una serie de actitudes, como no encontrarle sentido a la vida, que afectan seriamente el bienestar psicológico.

En estudios llevados a cabo con estudiantes universitarios, se ha señalado que los niveles bajos de estrés percibido se relacionan con niveles adecuados de bienestar psicológico (Calvarro, 2016; Fernández & Polo, 2011). Calvarro (2016) concluyó que, el bienestar psicológico se relacionó en una medida importante con la magnitud del estrés percibido, así como con las estrategias de afrontamiento utilizadas, de tal manera que, los niveles altos de estrés y el uso de estrategias desadaptativas, se relacionan con un nivel bajo de bienestar psicológico.

1.4.5 Estrés percibido y su relación con sexo y edad

En cuanto a la relación del estrés percibido y el sexo, en el estudio realizado por Hara et al. (2014) en población de Japón, indicaron que las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas en estrés en comparación con los hombres, por lo que sugirieron que son las mujeres las que experimentan mayores niveles de estrés relacionado con la DMT2 en comparación con los hombres. Gemmell et al. (2016) analizaron las diferencias en cuanto al estrés percibido y su relación con la calidad de vida en función del sexo de 182 participantes con enfermedad renal crónica. En sus hallazgos reportaron que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, aunque el estrés percibido se asoció con una baja calidad de vida tanto para hombres como para mujeres, con más dominios de la calidad de vida afectados por el estrés percibido en hombres en comparación con las mujeres.

En lo que respecta a la edad, Hara et al. (2014), en su estudio realizado con 140 participantes ($M=62.06$; $DE=11.17$) señalaron que el impacto psicológico por la diabetes en las personas afectadas tiende a disminuir con la edad en los hombres, pero no en las mujeres, por lo que sugiere que los hombres tienden a verse menos afectados psicológicamente conforme envejecen. En cambio, las mujeres presentaron puntuaciones más altas en todos los grupos de edad en comparación con los hombres, por lo que los autores sugieren que las mujeres de todas las edades incluidas en la investigación manifiestan mayor estrés por la DMT2 que los hombres.

Como se mencionó, la DMT2 representa un evento vital para la persona que la padece. Existen personas que pueden experimentar dolor o sufrimiento debido a su condición, sin embargo, la literatura en torno a las personas que viven circunstancias dolorosas y en circunstancias adversas, señala que, mientras algunas personas no logran recuperarse, otras logran soportar adecuadamente los problemas asociados a la enfermedad, evento traumático o de pérdida, sin la alteración de sus capacidades (Bonanno, 2004). Lo anterior conduce al constructo denominado resiliencia, entendida como la capacidad de una persona para adaptarse y ajustarse, a través de la interacción entre los atributos del individuo y el contexto en el que está inmerso, lo que le permite superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva (González-Arratia, 2016), definición en la que se basó la presente investigación y que se retoma en un apartado posterior. En el siguiente apartado se presentan los principales elementos teóricos respecto al tema.

1.5 RESILIENCIA

En las últimas décadas, la resiliencia ha despertado interés entre los profesionales de distintos campos del conocimiento, sobre todo, en las Ciencias Sociales y Humanas, reconociéndose como una perspectiva relevante por sus posibles aplicaciones en la salud, la prevención y educación (Fiorentino, 2008). Uriarte (2005), señala que, las investigaciones en torno a la resiliencia pueden considerarse como un campo del conocimiento que pone en evidencia la capacidad del ser humano para resistir y superar las adversidades y de construirse positivamente, a pesar de haber vivido situaciones traumáticas. Se le considera, también como una nueva visión, más positiva, del ser humano, en la que se propone la existencia de múltiples factores en los procesos de adaptación (Barcelata, 2015).

El interés en el estudio de la resiliencia, surge debido a los señalamientos donde se afirma que la infancia en entornos de adversidad, llenos de conflicto y en condiciones precarias, no conducen de forma inevitable a la desadaptación o trastornos psicológicos (Becoña, 2006; Uriarte, 2005); y que a pesar de que los niños nacidos en contextos familiares y sociales desfavorables, crecían y se desarrollaban de forma saludable, consiguiendo superar las adversidades con significativa calidad de vida (Masten & Tellegen, 2012). Desde la perspectiva de la resiliencia se destaca que las personas no se ven afectadas por igual al estar inmersas en contextos desfavorables, en cambio, se hace énfasis en que esto puede representar un cambio y probablemente la evolución de conflictos y trastornos.

Por su parte, Bonanno (2004) hace mención de que, si bien, algunas personas que experimentaron situaciones traumáticas desarrollaron trastornos, en la mayoría de los casos, no fue así. Asimismo, señala que muchas personas han estado expuestas a eventos potencialmente adversos, incluso pérdidas, en algún momento en sus vidas, y sin embargo continúan teniendo experiencias emocionales positivas y un nivel de funcionalidad adecuado, marcando una trayectoria dirigida hacia la adaptación positiva facilitada por la resiliencia. Uriarte (2005) señala que la resiliencia, como una característica de las personas y de los pueblos, ha existido desde los orígenes de la especie humana, sin embargo ha sido objeto de interés y de investigación científica a partir de los años ochenta.

De acuerdo con Barcelata (2015) fueron tres líneas de investigación las que le dieron origen al estudio de la resiliencia, a saber:

1. Los estudios longitudinales llevados a cabo por Michael Rutter, los cuales evidenciaron diferentes cursos en el desarrollo de individuo, desde la niñez hasta la vida adulta. Se observó que algunos

niños desarrollaron características favorables a pesar de haber estado insertos en ambientes desfavorables.

2. Las investigaciones desarrolladas por Garmezy, en psicopatología y pobreza, así como de niños con padres con esquizofrenia, que condujo al interés por el estudio de la resiliencia, esto debido a las observaciones realizadas de niños que se desarrollaron normalmente a pesar de las condiciones de riesgo a las que estuvieron expuestos, contrario a lo que se esperaba.

3. El estudio longitudinal llevado a cabo por Werner y Smith (1982), a lo largo de tres décadas, en la isla Kauai con 566 niños nacidos en 1955. Parte de la muestra de este estudio, estuvo expuesta a diversas situaciones de riesgo, entre las que se mencionan complicaciones perinatales, crianza en familias con alto grado de conflicto y desorganización, padres y/o madres con patologías, además de vivir en condiciones de extrema pobreza. Entre los principales resultados del estudio, Werner y Smith (1982) destacaron que, los niños que estuvieron expuestos a cuatro o más circunstancias de riesgo, manifestaron problemas de aprendizaje y/o conducta durante la infancia, lo que afectó su desarrollo posterior, presentándose problemas como delincuencia y problemas de salud mental. Sin embargo, a lo largo del seguimiento, durante la infancia, adolescencia y la adultez de los niños que crecieron en estas condiciones de adversidad, se observó que aproximadamente una tercera parte manifestó conductas de adaptación positiva, incluso se menciona que se convirtieron en adultos sanos y competentes. Werner y Smith (1982) señalaron que entre los factores considerados como protectores de los niños que superaron la adversidad, destacaron características personales además de la existencia de lazos afectivos estrechos con al menos una persona que les proporcionó atención y cuidados. Estos niños fueron clasificados como resilientes.

Derivado de las investigaciones mencionadas, surgió el cuestionamiento acerca de que el riesgo y el estrés están relacionados con la patología mental, sin embargo, la adversidad en la infancia no necesariamente implica un desenlace desfavorable para la persona involucrada (Barcelata, 2015); esta perspectiva llevó a los investigadores a considerar los aspectos positivos del ser humano, que le permiten el desarrollo y despliegue de sus potencialidades, así como de su capacidad adaptativa.

Por otra parte, existe cierta dificultad al definir la resiliencia, ya que no hay un completo acuerdo sobre lo que significa; sin embargo, existe consenso acerca de que implica competencia y afrontamiento positivo como respuesta a la adversidad (Becoña, 2006; García & Domínguez, 2013). En este sentido, se han desarrollado diversas definiciones del concepto, que han establecido distintos énfasis, los cuales apuntan a la definición de la resiliencia como proceso, capacidad, habilidad y como la interacción entre diferentes factores en torno al individuo. A su vez, han surgido críticas ante la pertinencia del concepto,

precisión y aplicabilidad en el mundo social (Luthar et al., 2000; Saavedra et al., 2015). A este respecto, Luthar et al. (2000) precisan que, a medida que se acumula evidencia empírica sobre la resiliencia, los investigadores deben consolidar sus hallazgos periódicamente, identificando elementos que se repiten en estudios metodológicamente diversos en comparación con los identificados en relativamente pocos casos, enfatizando el valor de evaluar cuidadosamente. Aunque existe diversidad de definiciones en torno a la resiliencia, no existe una que sea completamente aceptada ni sea la única. La mayoría de los autores, que a continuación se revisan, difieren en tanto explican y definen la resiliencia como una capacidad, habilidad, adaptación y proceso, sin embargo, en ellas se pueden encontrar elementos en común, cuando se hace mención de riesgo, adversidad, afrontamiento exitoso o positivo, y la superación y/o fortalecimiento del individuo a partir de las experiencias traumáticas. A continuación, se revisan algunas de las definiciones sobre el concepto.

1.5.1 Aproximación al concepto

El término resiliencia procede del latín, de la palabra *resilo*, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar (Kotliarenko et al., 1997). En el Diccionario de la Real Academia Española (en línea, actualización de 2019), la palabra resiliencia es entendida como la capacidad de adaptación de un ser vivo ante una situación o ambiente adversos; así como también, se hace referencia a la capacidad de un material, mecanismo o sistema para volver a su estado original, después de haber sido sometido a alguna alteración. Es un término adaptado a las ciencias sociales como una explicación del desarrollo sano física y mentalmente de individuos que estuvieron inmersos en ambientes de vida adversos (Rutter, 1993), que hace referencia al hallazgo de que algunas personas han tenido un resultado relativamente bueno en su desarrollo psicológico, a pesar de sufrir experiencias de riesgo que se esperaba produjeran daños graves (Rutter, 2006). La descripción a la que hace referencia el concepto, abarca tanto a los individuos como a los grupos familiares y comunidades, que fueron capaces de confrontar y superar las adversidades de sus propios contextos (Rutter, 1993).

Según Rutter (2006), se trata de un concepto interactivo que implica la combinación de eventos de riesgo y un relativo resultado psicológico positivo a pesar de las experiencias adversas. Uriarte (2005) menciona que la resiliencia se encuentra en las personas normales y en los recursos de su ambiente y no solo en los seres excepcionales de los que la historia ha dado cuenta, por lo que se entiende como una cualidad universal presente en todo tipo de situaciones adversas en las que la resiliencia permite hacerles

frente y salir fortalecido y transformado positivamente por ellas (Vanistaendel, 2002; citado en Uriarte, 2005).

Garnezy (1991), Grotberg (1995), Kotliarenko et al. (1997) y Vanistendael (1995) entre otros, definen la resiliencia como una capacidad y coinciden en señalar que, ésta le permite al ser humano enfrentar situaciones de adversidad, resistir e incluso transformarse a partir de la experiencia al sobreponerse a ella y adaptarse positivamente. Grotberg (1995) afirma que la resiliencia forma parte inherente del ser humano, sin embargo, no existe claridad en cuanto a que sea una cualidad innata o adquirida. Por su parte, Saavedra y Villalta (2008), establecen que la resiliencia es un rasgo personal que va evolucionando conforme la vida avanza y que es probable que se manifieste a muy temprana edad, los autores la consideran como una condición para el desarrollo de una “apropiación de los sucesos de la vida” (p.31).

Por otra parte, quienes han definido la resiliencia como un proceso (Fergus & Zimmerman, 2005; Luthar, 2003; Masten, 2001; Richardson et al., 1990), han puesto de manifiesto la interacción entre diversos factores tanto internos como externos en el individuo, patrones de adaptación y de afrontamiento, que le permiten al individuo la adaptación positiva. Definiciones tales como la de Rutter (1993), que hace énfasis justamente en la interacción de procesos sociales y psicológicos que le permiten al individuo desarrollar una vida saludable en un medio adverso, hace referencia a que los procesos de los que hace mención, tienen lugar a través del tiempo, los cuales promueven la aparición de habilidades y recursos de afrontamiento en el individuo, a través de la interacción de atributos individuales, sociales y familiares. Por su parte, Luthar et al. (2000), afirman que la resiliencia es entendida como el proceso dinámico que le permite al individuo desarrollarse y adaptarse con normalidad a contextos desfavorecidos y de riesgo. Esto implica que el individuo, además de estar expuesto a amenazas y/o condiciones adversas de vida, desarrolla una adaptación positiva, a pesar de haber experimentado situaciones conflictivas que amenazan su integridad.

Para Masten y Powell (2003) la resiliencia se refiere a una serie de patrones adaptativos en el contexto de adversidad y riesgo, que inciden en consecuencias favorables para el el individuo, en este sentido, la resiliencia representa un patrón general de conducta, por lo sería más apropiado referirse a un individuo como alguien que posee un patrón resiliente o una persona con características resilientes (Becoña, 2006). No consideran la resiliencia como rasgo ya que, al manifestarse a través de patrones de comportamiento, puede variar a lo largo de las etapas de la vida, siempre sujeta al contexto y las situaciones adversas que se enfrenten.

Como se puede observar, quienes han investigado y escrito sobre resiliencia, consideran que este constructo, se entiende como un estado, proceso o resultado de una serie de interacciones entre diversos factores, entre los que se destacan, los individuales, sociales, familiares y culturales. El resultado de la interacción de los factores ya mencionados, promueven la adaptación positiva del individuo a su contexto, a pesar de la adversidad, además de salir fortalecido y transformado de manera satisfactoria a partir de su experiencia. Fiorentino (2008) destaca que la resiliencia se desarrolla con base en las fortalezas del individuo, influye también en el desarrollo de sus potencialidades y en una serie de recursos como competencias, conductas adecuadas de resolución de problemas, además de estimular la autoestima y una concepción positiva de sí mismo y del entorno. Por todo lo anterior, el autor señala que las intervenciones que promueven la resiliencia deben centrarse en estimular las capacidades de las personas y sus recursos con el propósito de mejorar la salud y calidad de vida.

Para Suárez Ojeda (1993; citado en Kotliarenco, 1997) la resiliencia significa una “combinación de factores que permiten a un niño, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida y construir sobre ellos” (p. 6), transformando así la adversidad en una oportunidad para fortalecerse y proyectar las habilidades que se desarrollan a partir esta.

En torno a la construcción del concepto de resiliencia, existen dos generaciones de investigadores, quienes contribuyeron en su momento a dos enfoques acerca del constructo (García & Domínguez, 2013; Infante, 2001). La primera generación, que surgió a principios de los setenta, hasta los años noventa, mantuvo el interés por descubrir los factores protectores que están en la base de la adaptación positiva en niños que vivieron en condiciones de riesgo y adversidad. Según Infante (2001), esta generación de investigadores estaba interesada en responder el siguiente cuestionamiento: “entre los niños que viven en riesgo social, ¿qué distingue a aquellos niños que se adaptan positivamente de aquellos niños que no se adaptan a la sociedad?” (p.33). En esta época se desarrollaron investigaciones en torno a la identificación de los factores de protección frente a los de riesgo, que influyen en el desarrollo positivo de los niños a pesar de estar inmersos en ambientes desfavorables. Se destacan a partir de la investigación, características de personalidad resiliente como el sentido del humor, la presencia y apoyo de una persona significativa, la empatía y la autoestima (Werner & Smith, 1982).

Un estudio representativo de esta primera fase en el estudio de la resiliencia, como se mencionó con anterioridad, fue el llevado a cabo por Werner y Smith (1982), a partir del cual, surgen una serie de investigaciones que ponen de relieve la existencia de factores protectores en niños, a pesar de las circunstancias adversas en las que están inmersos. También destacan los estudios realizados por Rutter

(1985) en Inglaterra y Garmezy (1974) en Estados Unidos, donde se confirma que, existen recursos en los niños y niñas que poseen el papel de factores protectores que amortiguan el efecto adverso de los eventos negativos, físicos o emocionales, y que alteran o revierten las consecuencias negativas en la vida del niño (Garmezy, 1991).

Las primeras investigaciones de esta primera generación podrían adscribirse al enfoque individualista-genetista, ya que partió con un interés en las cualidades personales que promovían la superación de la adversidad, como la autoestima, la autonomía, tendencia al acercamiento social, humor positivo, motivación al logro y baja desesperanza (Rodríguez, 2009; García & Domínguez, 2013).

Por otra parte, los investigadores considerados pertenecientes a la segunda generación, la cual surge a mediados de los años noventa, se distanciaron de la concepción de la resiliencia centrada en la herencia y los genes del individuo como responsables de los factores de protección y por tanto de la resiliencia (Granados, Alvarado, & Carmona, 2017). Según García y Domínguez (2013), esta fase de la investigación en la resiliencia, se amplió en dos aspectos, primero, “la noción del proceso que implica la interacción dinámica entre factores de riesgo y de resiliencia, y la búsqueda de modelos para promover la resiliencia en forma efectiva a nivel de programas sociales” (p. 67), existe un mayor interés en los factores externos en la vida del individuo. En esta segunda generación, de acuerdo con Infante (2001), se buscó dar respuesta a la pregunta ¿cuáles son los procesos asociados a una adaptación positiva, dado que la persona ha vivido o vive en condiciones de adversidad? Los investigadores de esta generación se adscriben al modelo triádico de la resiliencia, que consiste en una explicación de los factores resilientes en tres niveles: individuales, familiares y los ambientales que rodean al individuo. Destacan los trabajos de Grotberg (1995), Luthar y Cushing (1999), Masten (1999) y Rutter (1990), quienes proponen la resiliencia como un proceso interactivo y dinámico entre los elementos del ambiente y del individuo que le permiten la adaptación positiva a pesar de la adversidad.

Durante esta fase de investigación, el planteamiento del constructo se realizó con base en el modelo ecológico transaccional de Bronfenbrenner (1979), cuyos postulados establecen que el individuo está inmerso en un ambiente determinado por diferentes factores que interactúan entre sí, que influyen en su desarrollo y que permiten la adaptación y funcionamiento adecuado a pesar del contexto de adversidad. Los niveles que forman parte del marco ecológico son: el individual, el familiar, el comunitario y el cultural.

Según Infante (2001), a partir de los planteamientos derivados del modelo de Bronfenbrenner se espera llegar a una mejor comprensión de la resiliencia como un proceso dinámico, en el que tienen un

papel importante los diferentes niveles que el autor propone. Desde esta perspectiva, la resiliencia se considera como un concepto dinámico, sujeto a transformaciones a través del tiempo y de las circunstancias, así como de la comunidad y la influencia de la cultura. Por tanto, se le define como la capacidad del individuo para desarrollar y potenciar sus propios recursos, que lo conducen a una vida saludable (Ungar, 2001).

Grotberg (1995), considerada como una de las investigadoras más influyentes de esta generación (Infante, 2001), entendió la resiliencia como un proceso dinámico que puede fluctuar a través del tiempo y de las circunstancias. En el Proyecto Internacional de Resiliencia (Grotberg, 1995), hizo énfasis en que la resiliencia implica la interacción de factores provenientes de tres niveles: soporte social (yo tengo), habilidades del individuo (yo puedo) y fortaleza interna (yo soy y estoy), los cuales están articulados en un modelo triádico, en intento por comprender y explicar la dinamicidad e interacción entre estos. La autora, hace referencia a que los factores relacionados con la resiliencia son identificables a partir de la forma en que la persona se expresa, por lo que la dinámica de la triada propuesta (soporte social, habilidades y fortaleza interna) permite al individuo enfrentar de forma positiva las adversidades a las que está expuesto.

De acuerdo con Grotberg (1995), el yo tengo hace referencia a las características de la resiliencia vinculadas a las condiciones que rodean al individuo, como el apoyo y soporte de la familia, grupos de iguales y de las instituciones sociales y de salud. El yo soy y estoy, comprende características relacionadas con algunas capacidades personales, como la autonomía, competencia social y autoestima. El yo puedo, comprende características relacionadas con capacidades y habilidades interpersonales, como la iniciativa, independencia y capacidad de introspección. Según Grotberg (1995), la existencia de estas características verbales, se puede considerar como un indicador de resiliencia.

Cabe señalar que el instrumento con el cual se medirá la resiliencia en este estudio se construyó con base en el modelo triádico de la resiliencia de Grotberg (1995), cuya finalidad es evaluar la resiliencia a través de las características relacionadas con cada uno de los factores de los tres niveles propuestos por Grotberg (1995): soporte social (yo tengo), habilidades del individuo (yo puedo) y fortaleza interna (yo soy y estoy).

Finalmente, basada en el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979), y en acuerdo con la definición de Suárez Ojeda (1993; citado en Kotliarenco, 1997), la cual hace referencia a la interacción de factores que le permiten al niño afrontar y superar la adversidad, además de construir sobre la misma, González-Arratia (2016) propone la siguiente definición de resiliencia, que se ha tomado como referente en el presente estudio: “es la capacidad para adaptarse y ajustarse a través de la combinación y/o

interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos), que lo posibilitan para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva” (p. 31). Se trata de una definición, que, según la autora, se construyó sobre la base de un proceso dinámico en el interactúan las influencias del ambiente y los factores del individuo, que le permiten la adaptación positiva a pesar de las condiciones de adversidad.

En general, la investigación que se ha derivado en torno a la resiliencia, se ha ajustado a modelos explicativos relacionados con los conceptos de riesgo y protección. A continuación, se expone una breve descripción de dichos modelos.

1.5.2 Modelos explicativos de la resiliencia

De acuerdo con Barcelata (2015), se han identificado cuatro modelos explicativos de la resiliencia a partir del análisis de los factores de protección y de riesgo y a partir de la interacción entre ambos, los modelos son los siguientes:

1. Modelo riesgo-protección: señala que el mal ajuste se relaciona con la interacción entre factores de riesgo y de protección, de tal forma que, a mayor nivel de factores de protección, existen menores posibilidades de adaptación negativa.

2. Modelo protección-protección: postula que la adaptación negativa está relacionada con la interacción entre factores de riesgo y el número de factores de protección presentes en el momento de adversidad, enfatiza la cantidad más que el nivel de protección, de tal forma que, a mayor cantidad de factores de protección, menores probabilidades de adaptación negativa.

3. Modelo compensatorio: este modelo señala que el riesgo y los factores de riesgo tienen efectos aditivos sobre el mal ajuste o desadaptación, donde los últimos aumentan el riesgo desadaptación, mientras que los de protección reducen el mal ajuste. Por lo tanto, los factores de protección operan en dirección opuesta a la de los factores de riesgo, promoviendo la adaptación positiva de la persona a pesar de la adversidad.

4. Modelo de desafío: señala que el a pesar de que el individuo este expuesto al riesgo, el estrés derivado de esa exposición posee la capacidad de estimular la competencia, es decir, ante la exposición a factores de riesgo, los de protección se activan y reducen el impacto potencial de los de riesgo. Barcelata (2015) señala, “los eventos estresantes incrementan las pautas de ajuste a través del desarrollo de competencias siempre que los recursos personales sean percibidos como suficientes para enfrentar el estrés, en cuyo caso estaría implicado un proceso de afrontamiento” (p. 32).

El enfoque de la resiliencia se explica a través del modelo del desafío (Munist et al., 1998), ya que señala que, aunque existan condiciones adversas, desfavorables o de riesgo, éstas no determinarán daños permanentes en el individuo; el individuo cuenta con recursos, que actúan como escudos protectores para hacer frente al riesgo, resistir e incluso utilizarlo como medio para su progreso.

Por lo anterior, la enfermedad crónica implica un importante desafío para la persona que la padece, poniendo en juego una serie de recursos físicos y psicológicos que le permitirán enfrentar las demandas que la misma enfermedad le impone. La literatura al respecto ha puesto en evidencia que la resiliencia permite al individuo mantener o mejorar su bienestar y calidad de vida a pesar de las circunstancias incluso en la enfermedad, se ha señalado también la influencia de características sociodemográficas, como el sexo y edad, por lo que se realiza una revisión en este sentido.

1.5.3 Resiliencia y Enfermedades Crónicas

El estudio de la resiliencia en personas que padecen enfermedades crónicas es relativamente reciente, por lo que, de acuerdo con González et al. (2018), se tiene un escaso conocimiento de la posible relación, debido al insuficiente número de investigaciones que abordan las dos variables. Sin embargo, Vinaccia et al. (2012) señalan que la literatura científica en torno a la influencia favorable de la resiliencia en las enfermedades crónicas ha mostrado un desarrollo importante en los últimos 20 años. Al respecto, el estudio realizado por los autores antes mencionados, evidenció una relación positiva entre comprensión de la enfermedad y la resiliencia, lo que los llevó a concluir que el conocimiento preciso que exista sobre la enfermedad que se padece incide sobre el afrontamiento y la aceptación de las posibles consecuencias adversas que conlleva padecer una enfermedad.

Por su parte, Becker y Newson (2005) en su estudio longitudinal realizado en California, Estados Unidos, que tuvo como objetivo examinar la filosofía de adultos mayores afroamericanos sobre su enfermedad crónica y cómo su filosofía afectaba su manejo, reportaron que la independencia, la tenacidad y la perseverancia (variables relacionadas con la resiliencia) son importantes estrategias para afrontar la enfermedad. Cabe resaltar que este estudio conceptualizó la filosofía de vida de los participantes como resiliente, y como un importante elemento para el manejo de la enfermedad crónica en el futuro.

Por su parte, Cal et al. (2015), llevaron a cabo una revisión sistemática de estudios utilizando las palabras clave “resiliencia” y “enfermedad crónica”. Los artículos apuntaban hacia una relación negativa entre resiliencia y depresión, ansiedad, incapacidad y somatización. Asimismo, se observó una correlación inversa entre los puntajes de resiliencia y la progresión de la enfermedad (actividad de la enfermedad,

control del nivel glucémico y la gravedad de la depresión), y una asociación entre la resiliencia y conductas saludables y de calidad de vida. En este estudio de revisión, se concluyó que la resiliencia es un factor importante para la promoción de la salud, por lo que los autores sugirieron que es necesario desarrollar intervenciones preventivas que permitan desarrollar factores para la resiliencia, lo que podría mejorar los resultados en salud.

1.5.3.1 Resiliencia y DMT2.

Enfatizando la resiliencia como factor de protección en la diabetes, Yi et al. (2008), realizaron un estudio cuyo propósito fue investigar el papel amortiguador de la resiliencia sobre el control de la glucosa en sangre y las conductas de autocuidado ante el aumento del distress emocional relacionado con la diabetes. Para tal fin, este estudio utilizó un diseño longitudinal, con pacientes de un centro médico de Boston, Massachusetts, de edades comprendidas de entre 18 y 75 años. Se llevó a cabo el seguimiento de los participantes (pacientes) hasta un año después de la primera evaluación. Se encontró que pacientes con baja y moderados niveles de resiliencia mostraron una fuerte asociación entre el distress emocional y el empeoramiento de niveles de glucosa en sangre y niveles bajos de conductas de autocuidado. Sin embargo, los niveles más elevados de resiliencia en pacientes con diabetes, se asociaron con niveles adecuados de glucosa en sangre, además de un mayor número de conductas de autocuidado y adaptación a la enfermedad. Los autores concluyeron que la resiliencia puede considerarse como una variable predictora de la salud física.

Por otra parte, Yi et al. (2009) estudiaron las estrategias de afrontamiento y la resiliencia en pacientes con diabetes. En este estudio participaron 145 pacientes los cuales completaron cuestionarios que incluían mediciones de afrontamiento y recursos personales relacionados con la resiliencia. La resiliencia se definió por un puntaje derivado de las medidas de autoestima, autoeficacia, dominio propio y optimismo. Todas las subescalas de afrontamiento desadaptativo se asociaron negativamente con la resiliencia, mientras que las escalas de afrontamiento adaptativo (aceptación, apoyo emocional y pragmatismo) se asociaron positivamente con la resiliencia. Los autores de este estudio, concluyeron que existe un vínculo entre el afrontamiento desadaptativo y la baja resiliencia, sugiriendo que la resiliencia afecta la capacidad del individuo para manejar un tratamiento difícil y los requisitos de mantener un estilo de vida que favorezca el curso del mismo.

A través de la investigación realizada por Bradshaw et al. (2007), específicamente con personas diagnosticadas con DMT2, se sugiere que el entrenamiento en resiliencia, además de la educación sobre

la enfermedad, contribuye al mejoramiento del manejo del estrés aumentando las posibilidades de éxito del tratamiento. Asimismo, se propone que las intervenciones para fomentar la resiliencia en personas con diabetes tipo 2, tienen el potencial de hacer una contribución importante para reducir el riesgo de complicaciones y aumentar los resultados positivos, consecuencia del cuidado de la enfermedad.

1.5.4 Resiliencia y bienestar psicológico

Guil et al. (2016), llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue evaluar la relación entre resiliencia, optimismo y bienestar psicológico en una muestra de mujeres con cáncer de mama que se encontraban en la fase de tratamiento. Los resultados reportaron la capacidad explicativa y predictiva de la resiliencia sobre el bienestar psicológico, por lo que los autores concluyeron que, la intervención psicológica con la paciente, con el propósito de moderar el afecto negativo (generado por el diagnóstico y las consecuencias del tratamiento) así como incrementar la capacidad de adaptación a las nuevas circunstancias, puede incidir sobre su bienestar psicológico.

Por su parte, Castro et al. (2016a) llevaron a cabo un estudio en una muestra de 276 personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, de edades comprendidas entre 16 y 98 años. El objetivo de este estudio fue determinar en qué medida la resiliencia incide sobre el bienestar psicológico. Los resultados evidenciaron la relación estadísticamente significativa y positiva entre el bienestar psicológico y resiliencia. Lo anterior llevó a los autores a concluir que la experiencia de emociones positivas (característica de la resiliencia), cuando se enfrenta una situación adversa, contribuye a la resistencia de la tensión originada por la condición de enfermedad, y por lo tanto facilita la adaptación al interrumpir el curso de las emociones negativas durante los momentos de estrés, incidiendo en altos niveles de bienestar psicológico.

1.5.5 Resiliencia y su relación con sexo y edad

Con respecto a la asociación de la resiliencia y el sexo, Sambu y Mhongo (2019) quienes realizaron un estudio sobre la asociación entre estas dos variables en personas que fueron desplazadas de sus aldeas en Kenia, reportaron que los hombres registraron mayor nivel de resiliencia en comparación con las mujeres. Por su parte, González-Arratia y Valdez-Medina (2015) evaluaron el nivel de resiliencia en residentes del Estado de México e indicaron en sus resultados que las mujeres registraron una puntuación más alta, en comparación con los hombres, en las tres dimensiones de resiliencia (factor protector interno, factor protector externo y empatía) de las que está constituido el instrumento con el cual se midió este constructo.

Cohen et al. (2013) analizaron el nivel de resiliencia y su relación con la edad en una muestra de 92 pacientes en Israel, con rango de edad de 27 a 87 años, con diagnóstico de cáncer colorrectal. Entre sus resultados reportaron que mayor edad, el sexo masculino y menos problemas relacionados con la enfermedad se asociaron con mayor resiliencia, por lo que los autores sugirieron que la resiliencia es mayor conforme la edad avanza. Por su parte, Weitzel y sus colaboradores (2021), quienes realizaron un estudio para determinar el nivel de resiliencia con respecto a la edad durante la pandemia por Covid-19 en adultos a partir de los 65 años ($M=75.5$; $DE= 7.1$) en Alemania, señalan que la prevalencia de alta resiliencia fue mayor en personas de 65 a 74 años y menor en personas de 75 años y mayores. En México, González-Arratia y Valdez-Medina (2015) realizaron un estudio en una muestra de 607 participantes que se dividieron en cuatro grupos de edad, niños (9-14), adolescentes (15-17), adultos jóvenes (18-30) y adultez media (31-59). Los autores reportaron en sus resultados que los grupos de niños y adolescentes manifestaron resiliencia baja, en el caso de los adultos jóvenes y adultos medios registraron el nivel de resiliencia alta.

Las personas con DMT2 deben enfrentarse a una serie de circunstancias relacionadas con el control de la enfermedad, para lo cual es fundamental como se maneja y afronta, además del efecto que tiene en su vida, por lo que el manejo efectivo de la DMT2 puede mejorar en gran medida la calidad de vida de la persona afectada (Delgado-Guay et al., 2021). En relación con lo anterior, otro factor importante en la enfermedad crónica, es la forma en que ésta se afronte, por lo que a continuación se realiza una revisión de los principales elementos teóricos con respecto al afrontamiento.

1.6 AFRONTAMIENTO

El estudio del afrontamiento tiene su origen en dos posturas diferentes, una de ellas se basa en el modelo de experimentación animal, cuyos planteamientos remiten a la teoría de Darwin (Lazarus & Folkman, 1984), y que fueron los que dieron paso a la conceptualización del estrés como un conjunto de respuestas fisiológicas del organismo. Desde el modelo animal, que hizo énfasis en los conceptos de excitación o activación, el afrontamiento se define como los actos dirigidos a manejar los eventos aversivos con el propósito de reducir la alteración psicofisiológica que se pudiera producir (Lazarus & Folkman, 1984); el énfasis está en gran parte en el comportamiento de evitación y escape. La otra postura se desprende de la teoría psicoanalítica, desde la cual se argumenta que los mecanismos de defensa equiparan al afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1984) cuyo propósito era identificar y clasificar estilos y rasgos para

afrontar situaciones estresantes (Luna, 2015). Desde esta postura, el afrontamiento se define como los actos y pensamientos realistas y flexibles que se orientan a la resolución de problemas y que, por lo tanto, reducen el estrés; la principal diferencia entre el afrontamiento desde la perspectiva psicoanalítica y el modelo animal, se centra en la percepción sobre la relación del individuo con el medio ambiente, aunque la conducta no se ignora, se le otorga menor importancia que a la cognición. (Lazarus & Folkman, 1984; Naves & Pais-Ribeiro, 2019).

La mayor parte de la investigación en torno al afrontamiento, se concentró en la postura psicoanalítica de rasgos y estilos, aunque es a partir de la perspectiva cognitiva conductual que Lazarus y Folkman (1984) establecieron un nuevo modelo, al plantear al afrontamiento como un proceso consciente, en el que se ven involucradas la cognición y la conducta del individuo con el propósito de manejar las demandas de un evento estresante. A partir de esta perspectiva, se asume que el estrés es resultado de una continua interacción entre el individuo y su medio, de tal forma que la situación será valorada como estresante o no, independientemente de las características objetivas del evento (Lazarus & Folkman; Lazarus, 1993). Por lo anterior, se considera al afrontamiento como un proceso, determinado por múltiples factores, que incluye aspectos tanto situacionales como personales (Carver et al, 1989), es decir, depende tanto de variables internas del sujeto como de sus recursos externos, como tiempo, dinero, trabajo, amigos, educación, nivel de vida, experiencias positivas y la ausencia de eventos estresantes vitales.

Suls et al. (1996) señalaron que, en el desarrollo de la investigación del afrontamiento se podían encontrar tres generaciones de investigadores, con diferencias teóricas y metodológicas.

La primera generación que está representada por investigadores pertenecientes a la corriente psicoanalítica equipararon el afrontamiento con el uso de los mecanismos de defensa, motivados interna e inconscientemente, como una estrategia para enfrentar los conflictos reprimidos (Vaillant, 1994). Actualmente esta perspectiva no es dominante en la literatura, sin embargo, aún se pueden encontrar adeptos a esta línea de pensamiento, sobre todo en investigadores interesados en la psicopatología de la personalidad (Valillant, 1994).

La segunda generación en cuanto a la investigación sobre el afrontamiento, se ubica alrededor de la década de 1960, extendiéndose aproximadamente durante las siguientes dos décadas (Suls et al., 1996). Esta generación se distinguió principalmente por el trabajo de Lazarus y Folkman (1984), cuyos estudios dieron origen a una nueva conceptualización y estudio del afrontamiento, definiéndolo como un proceso transaccional entre el individuo y el entorno, con mayor énfasis en el proceso que en los rasgos de

personalidad (aunque el individuo debe poseer ciertos recursos) así como en la conducta, la cognición y las características del contexto.

Para los precursores de este modelo, el afrontamiento se distingue de los comportamientos automáticos adaptativos (Lazarus & Folkman; 1984, 1986), y se hace énfasis en el esfuerzo que se realiza durante el proceso, independientemente del resultado que se obtenga, ya que el afrontamiento no conduce propiamente al éxito del mismo (Lazarus et al., 1985). A partir de los estudios de Lazarus y Folkman, los informes sobre estudios empíricos empezaron a aparecer en números crecientes, evidencia del interés en la investigación del afrontamiento, donde prevaleció la investigación desde la perspectiva cognitivo conductual (Folkman & Lazarus, 1980, Lazarus et al., 1985; Folkman & Moskowitz, 2004).

La tercera generación, se puede ubicar a mediados de los años noventa, con investigadores que centraron el estudio del afrontamiento y su concurrencia con la personalidad. (Suls et al., 1996). La tendencia en la investigación que caracterizó a esta generación se fundamentó en que los factores situacionales no poseen el peso suficiente para explicar la variedad de estrategias de afrontamiento usadas por el individuo (Antoniazzi et al., 1998). Esta perspectiva se distinguió por un enfoque disposicional, donde se argumenta que los individuos tienden a responder de manera habitual con ciertas estrategias de afrontamiento ante diversas situaciones estresantes. La literatura científica en torno a la convergencia entre el afrontamiento y los rasgos de personalidad, ha evidenciado que las conductas de afrontamiento están influenciadas por las características del individuo (Somerfield & McRae, 2000). A este respecto, Carver et al. (1989) señalaron como obvia la existencia de estilos de afrontamiento, puesto que los individuos tienden a hacer uso de estrategias relativamente fijas a lo largo del tiempo y de las circunstancias. Los autores mencionados, hacen referencia a los estilos de afrontamiento o afrontamiento natural, como una forma estable que el individuo utiliza en situaciones estresantes, y que se relacionan con las características de personalidad. Según Sulz et al. (1996), esta etapa en el estudio del afrontamiento aún se encuentra vigente y en desarrollo.

En el contexto actual, es posible observar dos corrientes conceptuales en torno al estudio del afrontamiento (Naves & Pais-Ribeiro, 2019); la primera aborda el afrontamiento desde la perspectiva disposicional, que lo caracteriza como rasgo o estilo. Desde este enfoque, se considera al afrontamiento como disposición de la personalidad que trasciende la influencia del contexto o de la situación específica (Carver et al., 1989). La segunda corriente parte de un enfoque situacional que describe al afrontamiento como proceso cognitivo, activo y consciente de evaluación y de respuesta a situaciones estresantes (Naves & Pais-Ribeiro, 2019). Desde este enfoque, las reacciones del individuo, que ocurren en respuesta a

situaciones problemáticas o estresantes, están compuestas por un conjunto de pensamientos y comportamientos, que cambian dependiendo de la situación que se enfrente y a través del tiempo (Lazarus & Folkman, 1984).

Naves y Pais-Ribeiro (2019), señalan que con frecuencia estos dos enfoques se han tratado como opuestos, sin embargo, subrayan la importancia de que no se consideren como mutuamente excluyentes, ya que ambos enfoques interactúan con frecuencia para explicar las diferencias individuales en términos de afrontamiento.

En síntesis, independientemente de las divergencias de los dos enfoques, ambos son importantes referentes que conducen teórica y metodológicamente la investigación en torno al estrés y el afrontamiento, proporcionando un marco teórico en el que se pueden insertar e interpretar resultados y evidencia empírica.

1.6.1 Modelo de Afrontamiento de Lazarus y Folkman

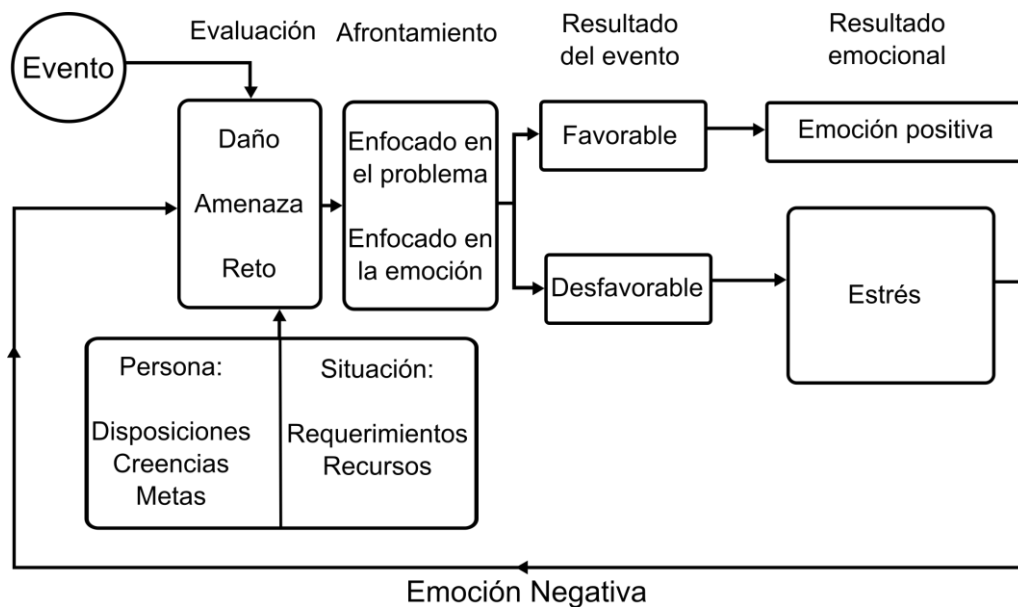
Lazarus y Folkman (1984), propusieron un modelo teórico del estrés y del afrontamiento desde la perspectiva cognitiva conductual, en donde el estrés no es considerado exclusivamente como un evento externo del que el individuo puede ser víctima (González & Landero, 2006), modelo que hoy en día sigue teniendo una importante influencia en la investigación. La Teoría Transaccional del Estrés, representa un marco científico que sostiene que el estrés es contextual, y que se entiende como un proceso que ocurre como producto de la relación entre la persona y el entorno, el cual cambia a través del tiempo. Los autores definieron el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales con los que el individuo intenta manejar una serie de demandas tanto internas como externas, que son evaluadas como excedentes de los recursos propios del individuo (Lazarus & Folkman, 1984; Folkman, 2010).

La teoría propuesta involucra cuatro conceptos principales: 1) Afrontamiento como un proceso o interacción entre el individuo y el medio ambiente, constantemente cambiante, 2) la diferenciación entre afrontamiento y conducta adaptativa automatizada, que limita al afrontamiento a aquellas situaciones estresantes que requieren la movilización de recursos del individuo, 3) el procesos de afrontamiento, que involucra la movilización de esfuerzos, como independiente de los resultados, y 4) proceso de afrontamiento constituido como una movilización de esfuerzos, a través del cual las personas realizarán esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar (reducir, minimizar o tolerar) demandas internas o externas que surgen de su interacción con el medio ambiente (Lazarus & Folkman, 1984).

El afrontamiento se considera como un proceso dinámico, que implica la evaluación y reevaluación constante de las personas ante circunstancias demandantes (Nava et al., 2009), comprende tanto pensamientos y comportamientos que el individuo pone en marcha para reducir, tolerar, evitar y aceptar las demandas internas y externas generadas ante la situación (Lazarus & Folkman, 1984; Folkman, 2010). Para Lazarus (1993), la definición de lo que es entendido como psicológicamente nocivo ha sido el tema central de sus investigaciones.

Originalmente, Lazarus y Folkman (1984), realizaron una distinción en dos categorías funcionales del afrontamiento: por un lado, está dirigido a manipular o alterar el problema y, por otro lado, el afrontamiento está dirigido a regular la respuesta emocional que ocurre como consecuencia del problema (Figura 1). Esta construcción se basó en análisis factoriales que generó dos factores principales utilizados por los investigadores para definir los dos tipos de estrategias (Folkman & Moskowitz, 2004).

Figura 1
Modelo de estrés y afrontamiento



Fuente: Adaptado de Lazarus y Folkman (1984)

En esta formulación se considera que el afrontamiento altera las reacciones del estrés de dos formas principales (Lazarus, 1993); primero, si la relación de una persona con el entorno cambia mediante estrategias de afrontamiento, las condiciones del estrés psicológico también pueden mejorar, a este afrontamiento se le ha definido como centrado en el problema. El afrontamiento orientado a regular la respuesta emocional, definido como afrontamiento centrado en la emoción, cambia la forma en que se atiende o interpreta la circunstancia amenazante (Lazarus, 1993; Folkman, 2010); por lo que, cuando se evita pensar en esa situación interpretada como amenaza, aunque sea temporalmente, no produce malestar. Ambas formas se utilizan en eventos valorados como estresantes, y las proporciones relativas de cada tipo varían en función de cómo se evalúa el evento, por ejemplo, potencialmente controlable (control) o como no controlable (Lazarus & Folkman, 1984). Del mismo modo, la reevaluación de una amenaza en términos no amenazantes elimina la base cognitiva de la respuesta de estrés (Lazarus, 1993); el autor hace mención de que la negación y el distanciamiento son estrategias importantes en el control del estrés ya que permiten a un individuo evaluar las circunstancias como menos adversas.

En el afrontamiento dirigido al problema, que aparece cuando las condiciones del evento se valoran como susceptibles de cambio (Lazarus & Folkman, 1984), el individuo intenta modificar su relación con el evento estresante, que podría consistir en alterar o eliminar el contexto, o de cualquier forma, dejar de estar en presencia de la circunstancia estresora, o incluso buscar información sobre la situación que de alguna manera le ayude a comprender o predecir eventos similares o relacionados y tomar una decisión (Naves & Pais-Ribeiro, 2019; Ortega & Salanova, 2016). En esta función del afrontamiento, se incorporan todas las estrategias que se toman con referencia al problema (Folkman, 2010), se consideran como estrategias de adaptación, ya que posibilitan el cambio de situación, disminuyendo el impacto de la fuente estresora (Lazarus & Folkman, 1984).

Por otra parte, el afrontamiento orientado a la emoción, ocurre cuando la evaluación que realiza el individuo es interpretada por él, como una situación lesiva, amenazante o desafiante con pocas posibilidades de ser modificada (Lazarus & Folkman, 1984). Se desprende de aquí que existe una cierta inhibición en la conducta antes del evento, evitando así que el individuo supere la situación que le representa amenaza, por lo que la adaptación a la situación ocurrirá luego de su reevaluación, cambiando el entorno interno a través de estrategias, por ejemplo, medicación, ingiriendo alcohol, meditación, por mencionar algunas (Ortega & Salanova, 2016). Esta función del afrontamiento, se caracteriza también por la evasión del problema y la búsqueda del apoyo emocional (Folkman, 2010), en el intento de regular el

impacto emocional del estrés, que resulta en procesos defensivos que hacen que la persona evite afrontar, de forma realista, la amenaza estresante (Lazarus & Folkman, 1984; Naves & Pais-Ribeiro, 2019).

Folkman (2008, 2010) sostiene que el afrontamiento centrado en la emoción tiene como principal función regular la respuesta emocional generada por la situación estresante a la que se enfrenta el individuo, lo que puede conducir a la adopción de actitudes y actividades paliativas con el propósito de minimizar la fuente de estrés, como la evitación. Estos esfuerzos de afrontamiento están dirigidos a un nivel somático y/o sentimientos, con el objetivo de cambiar el estado emocional, así, fumar un cigarro, ver películas cómicas o salir a correr son ejemplos de estrategias orientadas a un nivel somático de tensión emocional (Naves & Pais-Ribeiro, 2019), y de reducir la sensación desagradable de estrés (Antoniazzi et al., 1998).

Contextualmente, cuando el individuo interactúa con el entorno, este lleva a cabo un proceso inicial de evaluación cognitiva de la situación estresora (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 1993; Folkman, 2010). El término evaluación se refiere al proceso cognitivo a través del cual un evento se evalúa en relación con lo que está en juego y que determina las consecuencias que dicho evento tendrá sobre el individuo. El proceso de evaluación ocurre a través de la evaluación primaria, donde el individuo se encuentra expuesto a una situación en la que el individuo siente que sus recursos adaptativos se encuentran amenazados o desbordados (Lazarus & Folkman, 1984), y valora de qué recursos y estrategias dispone para manejar la situación, este segundo momento se entiende como valoración secundaria.

Lazarus y Folkman (1984) distinguen básicamente tres formas de evaluación primaria: 1) irrelevante, 2) benigna-positiva y 3) estresante. Si el individuo no tiene interés en los eventos o si los considera como eventos positivos, que no alteran el bienestar del sujeto, entonces se ajustarían respectivamente a las dos primeras clases de valoración primaria descritas. En la tercera clase de valoración primaria, se incluyen todas aquellas valoraciones que significan daño-pérdida, amenaza o desafío.

El daño-pérdida, se refiere a aquellas situaciones en las que el individuo ya ha sufrido algún daño, por ejemplo, enfermedad o pérdida de algún ser querido. La amenaza se refiere a aquel daño o pérdida que aún no ocurre pero se prevé que aunque haya ocurrido algún daño, se anticipan las consecuencias para el futuro, porque se ponen en marcha estrategias para tener la posibilidad de afrontarlo.

El desafío, la tercera clase de evaluación primaria, implica la puesta en marcha de una serie de estrategias de afrontamiento, al igual que en el daño, aunque con la diferencia de que en el desafío existe una valoración de los recursos necesarios para la confrontación, es decir, el individuo se siente ser capaz

de superarlos utilizando sus estrategias de afrontamiento de manera eficaz, por lo que la emoción es diferente, mientras en el daño la emoción tiende a ser negativa, en el desafío la emoción es positiva (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 1993; Folkman, 2010).

En síntesis, el grado en que un individuo experimenta estrés psicológico, es decir, cuanto se siente lastimado, amenazado o desafiado, está determinado por la relación entre éste y el medio, ya que se define tanto por medio de la evaluación de lo que está en juego como por los recursos disponibles para hacer frente (Folkman, 2010).

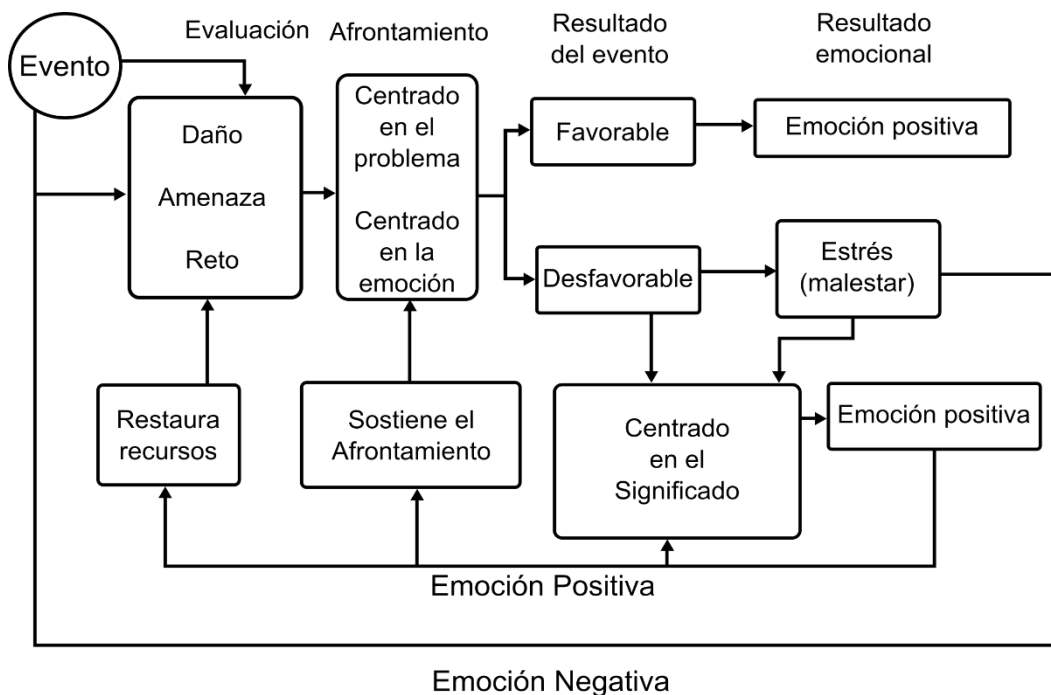
Folkman y Moskowitz (2004) señalan que, debido a la naturaleza dinámica del proceso de afrontamiento, éste puede ser eficaz en una determinada situación, pero no en otra, dependiendo de en qué medida la situación puede o no controlarse; así el afrontamiento que se considera eficaz al principio, puede considerarse ineficaz ante otra situación estresante más tarde. El modelo de Lazarus y Folkman (1984) busca entender el afrontamiento desde el punto de vista de las respuestas cognitivas y conductuales que las personas utilizan para manejar las emociones negativas, como la angustia, y enfrentar y resolver los problemas de la vida diaria que causan malestar (Folkman & Moskowitz, 2004).

En la revisión sobre el estado del arte, Lazarus (2000) subraya que desde los inicios y hasta la actualidad, en la investigación sobre estrés y afrontamiento, existe una cantidad cada vez mayor de estudios de calidad y complejidad, que han incorporado diseños de investigación, necesarios como los longitudinales y prospectivos, lo que sugiere que el campo está madurando. Para el autor, esto puede contribuir a reducir la brecha entre la investigación y la práctica clínica. Ortega y Salanova (2016) mencionan que este incremento en la actividad científica en torno al estrés y afrontamiento, ha estado influenciado por desarrollo de la investigación de las emociones positivas, que desde el surgimiento de la Psicología Positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) también se ha incrementado. Así, por ejemplo, Pressman y Cohen (2005) proponen dos modelos teóricos, mediante los cuales se representa como las emociones positivas amortiguan las condiciones de estrés, minimizando su impacto sobre el organismo, y contribuyendo al bienestar físico y psicológico del individuo, por lo que se ha establecido una relación entre las emociones positivas y el afrontamiento eficaz (Fredrickson, 2001; Lyubomirsky et al., 2005).

En relación con lo anterior, en la actualidad se ha señalado en la literatura un tercer tipo de estrategia de afrontamiento definido como el afrontamiento centrado en el significado (Park & Folkman, 1997), el cual se basa en valores y creencias más profundos que permiten al individuo la revisión de objetivos existenciales y el reordenamiento de prioridades a través de la experiencia de vida, con el propósito de motivar y mantener el afrontamiento y el bienestar durante las situaciones de dificultad

(Folkman, 2008; 2010; Naves & Pais-Ribeiro, 2019). El afrontamiento centrado en el significado, se introdujo en el modelo impulsado por los hallazgos de que las emociones positivas ocurren junto con las emociones negativas a lo largo de períodos intensamente estresantes (Park & Folkman, 1997). Este estilo de afrontamiento regula las emociones positivas que se ven implicadas en el proceso de afrontamiento del estrés, lo que ayuda a transformar lo evaluado como amenaza en desafío y a conducir esfuerzos para motivar y sostener el afrontamiento a largo plazo (Figura 2).

Figura 2
Modelo de estrés y afrontamiento revisado



Fuente: Folkman (2008)

Las estrategias de afrontamiento centradas en el significado difieren cualitativamente de estrategias centradas en la emoción, como el desapego, que regulan las emociones negativas. El afrontamiento centrado en el significado, se basa en valores y creencias más profundos en forma de estrategias como la revisión de objetivos, con énfasis en las fortalezas obtenidas de la experiencia de vida y en el reordenamiento de prioridades (Folkman, 2010). En este sentido Folkman (2010) señala que la esperanza, como fuente de emociones positivas, y el estrés psicológico comparten características formales.

La esperanza, al igual que el estrés, se basa en la valoración, crece y decrece, es contextual, con una base cognitiva que contiene información y metas; se relaciona con la voluntad, que tiene una cualidad motivadora y para muchas personas la esperanza tiene una base en la religión o la espiritualidad, por lo que se le considera como equivalente a la fe (Folkman, 2010).

En relación con lo anterior, la religión y la espiritualidad han sido considerados por diversos autores como un ejemplo de un sistema de creencias que proporciona una forma de comprender el sufrimiento y la pérdida (Baumeister, 1991; Csikszentmihalyi, 1990; citados en Park & Folkman, 1997). Park y Folkman (1997) señalan que la religiosidad para muchas personas es una orientación filosófica importante que afecta su comprensión del mundo y que hace que la realidad y el sufrimiento sean comprensibles y soportables.

El afrontamiento religioso recibió poca atención hasta hace algunos años, ahora se considera que es un área fértil para la investigación teórica y empírica (Folkman & Moskowitz, 2004). El interés en el afrontamiento religioso recibió impulso en parte por la evidencia de que la religión juega un papel importante en todo el proceso de estrés, que van desde su influencia sobre las formas en que las personas valoran los eventos (Park & Cohen 1993) y a su influencia sobre las formas en que responden psicológica y físicamente a esos eventos a largo plazo. El individuo también usa la religión específicamente para ayudar a hacer frente a las demandas inmediatas de eventos estresantes, especialmente para ayudar encontrar la fuerza para resistir y encontrar un propósito y significado en circunstancias que puede desafiar las creencias más fundamentales (Park & Cohen 1993; Park & Folkman, 1997; Folkman, 2010).

1.6.2 Afrontamiento religioso

El concepto de afrontamiento religioso fue desarrollado por Pargament (1997) a partir de la teoría de Lazarus y Folkman (1984) quien hizo énfasis en la visión, el sistema de creencias que cada individuo posee y la búsqueda de sentido como una fuerza que guía la vida. Este conjunto de conocimientos ha sido articulado en una teoría del afrontamiento religioso que ha estimulado la mayor parte de la investigación en este campo (Fincham et al., 2018). Pargament retoma los conceptos de Frankl sobre el sentido de la vida, como algo religioso y trascendental que debe ser descubierto por cada persona (Yoffe, 2015). Tal búsqueda no posee un objetivo universal, ésta puede estar encaminada hacia objetos materiales, físicos, psicológicos, sociales o espirituales. Ante las crisis o tragedias, las personas pueden recurrir a una serie de recursos prescritos por las religiones del mundo con la intención de proteger sus valores y la conservación de sentido que es una tendencia que se manifiesta en la adversidad (Pargament, 1997; Pargament et al.,

2004). La mayoría de las tradiciones religiosas brindan a sus miembros rituales que los alientan a reconocer y marcar las transiciones difíciles de la vida, por ejemplo, los funerales. en lugar de negar su realidad, la religión promueve la reinterpretación de eventos negativos a través de la lente sagrada (Pargament et al., 2005; Zinnbauer & Pargament, 2005). Aunque en el pasado se pensaba que la religión en particular tenía una influencia predominantemente negativa en la salud, investigaciones recientes sugieren que esta relación es más compleja, se ha señalado que la influencia es en gran medida beneficiosa (Seybold & Hill 2001). El afrontamiento religioso implica la disponibilidad de ciertos elementos en el individuo (como sistema de creencias religiosas) para que este se ponga en marcha, lo que le permite enfrentar de manera eficaz las situaciones estresantes y amenazantes (Pargament, 1997). Por ejemplo, Delgado-Guay et al. (2021) encontraron que la religiosidad se asoció con el afrontamiento positivo y con una calidad de vida más alta en 325 pacientes con cáncer avanzado de clínicas paliativas, por lo que puede destacarse que una crisis importante de la vida se puede ver como una oportunidad para el crecimiento espiritual, una crisis se puede atribuir a un Dios amoroso que está tratando de enseñarle al individuo una lección valiosa, y una tragedia se puede percibir como parte de un misterio más grande, pero en última instancia, un plan benévolo (Pargament et al., 2005). Ciertamente, estos puntos de vista benévolos pueden hacer que el dolor de la situación sea más soportable, pero las personas no necesariamente se “cierran” emocionalmente para llegar a este punto.

Pargament et al. (1997; 2005) distinguió tres formas en las que la religión puede estar involucrada en la búsqueda de control en el proceso de resolución de problemas: un enfoque diferido en el que el individuo cede la responsabilidad de la resolución de problemas a Dios; un enfoque autodirigido en el que el individuo percibe que Dios le otorga las habilidades y los recursos para resolver problemas de forma independiente; y un enfoque colaborativo en el que el individuo percibe a Dios como un socio que comparte la responsabilidad de resolver problemas. Este conjunto de estrategias, según Yoffe (2015), dependen del sentido de control que el individuo se atribuye a sí mismo y/o a la divinidad o Dios.

Los estilos de afrontamiento religioso autodirigido y colaborativo, se asocian de acuerdo con Pargament y sus colaboradores (1997; 2005) a efectos positivos, como menores niveles de ansiedad. Pargament y sus colaboradores (2004) señalaron que el afrontamiento religioso positivo se asoció a cambios en la salud mental y física en 268 pacientes hospitalizados de edad avanzada con enfermedades médicas, después de un seguimiento de dos años. En general, los métodos positivos de afrontamiento religioso (por ejemplo, buscar apoyo espiritual, reevaluaciones religiosas benévolas) se asociaron con mejoras en la salud. Los métodos negativos de afrontamiento religioso (p. ej., castigar la reevaluación de

Dios, el descontento religioso interpersonal) predijeron el deterioro de la salud. En lo que respecta al estilo de afrontamiento religioso evitativo, se asocia con bajo control personal sobre la situación problemática, con niveles bajos de autoestima y mayor dependencia de un poder exterior (Yoffe, 2015).

Hasta finales de la década de 1990, cuando la religión fue objeto de estudio dentro de la literatura del afrontamiento, generalmente había sido evaluada por solo uno o dos elementos en la mayoría de las medidas de afrontamiento que preguntaban sobre la participación religiosa, la religiosidad o la oración (Folkman & Moskowitz, 2004; Pargament et al., 2005). Por ejemplo, una de las primeras medidas de afrontamiento, *Ways of Coping* (Folkman & Lazarus 1980, 1988; en Folkman & Moskowitz, 2004), tiene solo un elemento religioso, "Oré". El cuestionario de formas de afrontamiento al estrés COPE (Carver et al., 1989) posee una subescala de afrontamiento religioso que consta de cuatro reactivos: "pongo mi fe en Dios", "busco la ayuda de Dios", "trato de encontrar consuelo en mi religión" y "he orado más de lo usual". Este enfoque puede ofrecer una ventana a la vida religiosa; la religiosidad no es simple ni uniforme, por el contrario, es un proceso complejo que consta de dimensiones cognitivas, conductuales, emocionales, interpersonales y fisiológicas (Pargament et al., 2005).

Pargament, Koenig y Perez (2000) desarrollaron el RCOPE (The Religious Cope), una medida de 21 tipos de actividades religiosas de afrontamiento que abarcan estrategias activas, pasivas e interactivas; enfoques centrados en las emociones y centrados en los problemas; y dominios cognitivos, conductuales, interpersonales y espirituales (Pargament et al., 2005). Esta medida está diseñada para evaluar cinco funciones religiosas de afrontamiento: a) encontrar significado ante el sufrimiento y las experiencias, b) proporcionar una vía para lograr una sensación de dominio y control, c) encontrar consuelo y reducir aprehensión conectando con una fuerza que va más allá del individuo, d) fomentar la solidaridad social y la identidad, y e) ayudar a las personas a renunciar a viejos objetos de valor y a encontrar nuevas fuentes de significación (Folkman & Moskowitz, 2004). Posteriormente los autores definieron los métodos de afrontamiento religiosos específicos para cada una de las funciones religiosas y desarrollaron subescalas. En otro trabajo, Pargament et al. (1998), agruparon los métodos de afrontamiento religiosos en patrones positivos y negativos. Los métodos de afrontamiento religiosos positivos son una expresión de sentido espiritual y conexión con Dios o lo sagrado, e incluye estrategias tales como reinterpretar el factor estresante como beneficioso. Por el contrario, el afrontamiento religioso negativo es una expresión de una relación menos segura con Dios o lo espiritual, refleja tensiones y luchas espirituales que implican, por ejemplo, dudas sobre el amor y el cuidado de Dios, la creencia de que el diablo produjo el factor estresante o la preocupación por el abandono de Dios o de la propia comunidad religiosa. El afrontamiento religioso

positivo y negativo se consideran fenómenos distintos, que, aunque potencialmente interrelacionados, no son sólo polos opuestos de la misma dimensión, suposición teórica que fue confirmada tanto por una estructura de dos factores como por diferentes correlaciones con medidas de salud física y mental (Pargament et al., 2011). Los hallazgos en cuanto a los patrones generales que se han documentado señalan correlaciones positivas entre afrontamiento religioso positivo, bienestar, y calidad de vida (Abu-Raiya et al., 2011; Gall et al., 2009; González & Pagán, 2018; Khanjari et al., 2018). Mientras tanto el afrontamiento religioso negativo, se asocia con angustia psicológica y social (Abu-Raiya et al., 2015; Delgado-Guay et al., 2021; Gall et al., 2009).

En la actualidad, la pandemia por COVID-19 ha evidenciado y acentuado la existencia de importantes factores de estrés, como el desempleo, la inseguridad financiera, la enfermedad, la separación de los miembros de la familia y el aislamiento de gran parte de la población mundial que se han relacionado con dificultades de salud mental. En este sentido Sen et al. (2022) señalan, con base en su estudio cuya muestra fue de 549 personas con rol de cuidadores, padres, madres o jefes de familia, que fueron evaluados en medidas de angustia psicológica, que el afrontamiento religioso y espiritual transmite de forma natural un beneficio para la salud mental durante los períodos de perturbación social.

En la presente investigación el afrontamiento religioso se abordó con base en la postura de Pargament (1997) a través del trabajo propuesto por González y Pagán (2018), el cual comprende creencias (estrategias internas o cognitivas, por ejemplo la confianza o búsqueda de consuelo en Dios) y conductas (estrategias externas, por ejemplo asistir a la iglesia y leer libros religiosos) destinadas a manejar las consecuencias negativas de los eventos desfavorables para el individuo, como puede ser la enfermedad. En los siguientes apartados se hace una revisión, en primera instancia, del papel del afrontamiento religioso en la enfermedad crónica y específicamente en la DMT2, posteriormente sobre la relación que se ha señalado entre el afrontamiento religioso y variables sociodemográficas como el sexo y edad.

1.6.3 Afrontamiento religioso y enfermedades crónicas

En investigaciones con personas con enfermedades crónicas, se ha documentado que, en lo que respecta al papel de las creencias y el afrontamiento religioso, existe una relación positiva con un adecuado ajuste psicológico, elevados o moderados niveles de bienestar (Becker et al., 2006) así como niveles más elevados de calidad de vida (Baldacchino & Buhagiar, 2003; Becker et al., 2006; Büssing et al., 2007; Vinaccia & Orozco, 2005).

Becker et al. (2006) llevaron a cabo un estudio prospectivo, con el objetivo de explorar el papel de las creencias religiosas y su relación con el afrontamiento, en el manejo de los síntomas y efectos secundarios relacionados con el tratamiento en pacientes con cáncer de cabeza y cuello que se encontraban en tratamiento radiológico. Los resultados indicaron que hubo un buen manejo de los síntomas asociados con el tratamiento entre los participantes considerados como creyentes, así como la sensación de sentirse mejor momentos antes, durante y después de la terapia. Los autores concluyeron que, la fe religiosa parece tener un papel importante en las estrategias de afrontamiento de pacientes con radioterapia. Sin embargo, recomiendan más investigación al respecto.

Khanjari y sus colaboradores (2018) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de indagar acerca del papel del afrontamiento religioso en la calidad de vida de madres de niños con leucemia. La muestra estuvo conformada por 200 madres de niños de entre 1 a 15 años. Los resultados de este estudio muestran que solo el afrontamiento religioso positivo tuvo una relación positiva y significativa con la calidad de vida de las madres cuidadoras. El afrontamiento religioso negativo tuvo una relación negativa con todos los elementos que integran la calidad de vida, sin embargo, los autores recomiendan estudios longitudinales para mayor profundidad de los datos.

Moral de la Rubia y Martínez (2009), en su estudio acerca del estrés y afrontamiento en madres de hijos con cáncer, reportó que las madres hacen uso con mayor frecuencia que los padres, de estrategias centradas en la solución del problema, la religión, reevaluación positiva de la situación y búsqueda de apoyo. Mientras que la evitación es el tipo de afrontamiento mayormente relacionado con el incremento de estrés en ambos géneros y la reevaluación positiva con la disminución. Las mujeres tienden a usar más el afrontamiento focalizado en la solución del problema y la reevaluación positiva, mientras que los hombres tienden en mayor medida al uso de la evitación. En hombres y mujeres, cuanto mayor es el afrontamiento evitativo, menor reevaluación positiva, menor uso de la religión, es mayor el estrés percibido.

Está ampliamente documentado que las enfermedades crónicas, como la DMT2, son importantes fuentes de estrés, debido en gran parte al proceso de deterioro continuo y progresivo durante varios años, que afectan seriamente el bienestar de la persona afectada y a que se tienen que afrontar las exigencias derivadas de la enfermedad. Por ello, la enfermedad, además de ser percibida como una amenaza o pérdida de las funciones importantes para el bienestar personal (autoimagen, autoconcepto, integridad corporal, funciones cognitivas, independencia, autonomía y equilibrio emocional), también representa un desafío por las nuevas condiciones de vida, mismas que implican la introducción de tratamientos y nuevos

hábitos alimenticios, la modificación de actividades laborales y sociales, y muy probablemente la alteración de las relaciones interpersonales con personas significativas (Cassaretto & Paredes, 2006; Rodríguez, 1995).

Por otra parte, la evidencia que documenta relaciones positivas entre las estrategias que involucran a la religión y la salud ha derivado en el desarrollo de técnicas religiosas y espirituales utilizadas en procesos de intervención, que tienen como propósito ofrecer servicios a las personas con necesidades religiosas y espirituales (González & Pagán, 2018). Al respecto, Rivera-Ledezma y Montero (2007), señalan que la vida espiritual que generalmente se encuentra vinculada con la religión, tiene un papel importante en el afrontamiento del estrés y la conservación de la salud, sobre todo en el adulto y adulto mayor; esta se relaciona con menor mortalidad de las personas con enfermedad crónica, así como mayor longevidad, niveles bajos de ansiedad, entre otros.

1.6.3.1 Afrontamiento religioso y DMT2

Fincham y sus colaboradores (2018) examinaron el papel del afrontamiento religioso en los procesos de control de la diabetes de 87 parejas de cónyuges en las que uno de los cónyuges tenía DMT2. Los autores evaluaron las relaciones entre el afrontamiento religioso (positivo y negativo), las actividades compartidas de control glucémico (planear una dieta saludable) y el control glucémico mediante medidas repetidas ANOVA y SEM. Sus hallazgos muestran que la participación del cónyuge en actividades compartidas está significativamente asociada con el control glucémico. El uso de afrontamiento religioso negativo por parte del cónyuge diabético y el uso de afrontamiento religioso positivo por parte del cónyuge no diabético se relacionaron con niveles más bajos y más altos de actividades compartidas de control glucémico, respectivamente. En este estudio se concluyó que las actividades compartidas de control glucémico parecen ser parte integral de las parejas que manejan la DMT2 y pueden servir como puntos útiles de intervención.

En un estudio realizado por Yazla et al. (2018), cuyo objetivo fue indagar acerca de la relación de las creencias religiosas y el perdón en 100 pacientes diagnosticados con DMT2 con diversas características sociodemográficas, problemas emocionales y control glucémico, se concluyó que el perdón por parte del propio paciente redujo los problemas emocionales experimentados relacionados con la diabetes al reducir los niveles de estrés y glucosa en sangre lo que podría aumentar la calidad de vida.

Shamsalinia y sus colaboradores (2015) analizaron el nivel de esperanza y su relación con el afrontamiento religioso en 150 pacientes diagnosticados con DMT2 remitidos a un centro de atención para

diabéticos. Sus resultados mostraron que el afrontamiento religioso positivo y el apoyo social, además del estado civil, influyeron significativamente en los niveles de esperanza y en el control de la enfermedad. Los autores concluyeron que el afrontamiento religioso positivo y el apoyo social podrían conducir a mejores resultados de salud en personas con DMT2.

Por medio del uso de modelos de ecuaciones estructurales Saffari et al. (2019) evaluaron posibles rutas entre la religiosidad, la adherencia a la medicación y la calidad de vida relacionada con la salud en 793 adultos mayores con DMT2; establecieron como objetivo investigar el impacto de la religiosidad en la adherencia a la medicación y la CVRS. En sus resultados destacaron que el afrontamiento religioso y el apoyo social fueron mediadores significativos entre la religiosidad y la adherencia a la medicación, por lo que concluyeron que el impacto de la religiosidad en la adherencia a la medicación y la CVRS ocurre a través de mediadores como el afrontamiento religioso y el apoyo social. Por lo tanto, destacan que, para mejorar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida, se pueden diseñar intervenciones basadas en estos mediadores.

1.6.4 Afrontamiento religioso y bienestar psicológico

La pandemia por COVID-19 ha causado serios problemas de salud mental y, en consecuencia, la población se ha visto afectada negativamente por el virus. Yildirim et al. (2021) examinaron cómo el significado y propósito de la vida, medidas relacionadas con el bienestar psicológico, se relacionaba con la soledad y el grado en que las estrategias de afrontamiento religiosas mediaban en estas relaciones. Esta investigación fue llevada a cabo en Turquía con una muestra de 872 adultos. El sentido de la vida se asoció con un afrontamiento religioso más positivo y menos afrontamiento religioso negativo y soledad. El afrontamiento religioso positivo se asoció con menos soledad, mientras que el afrontamiento religioso negativo se asoció con más soledad. Las estrategias de afrontamiento religiosas mediaron el impacto del significado de la vida en la soledad. Estos hallazgos sugieren que un mayor significado en la vida puede vincularse con una menor soledad debido, en parte, a un mayor nivel de estrategias de afrontamiento religiosas positivas y a un menor nivel de estrategias de afrontamiento negativas.

El impacto del afrontamiento religioso en la salud ha sido un tema de interés en los últimos años, sin embargo, Pagán-Torres et al. (2021) consideran que, a la fecha, a pesar del aumento en la investigación en torno al tema no se han identificado estudios dirigidos a analizar el papel mediador del afrontamiento religioso positivo y negativo en variables de salud mental. Por lo anterior los autores citados orientaron su investigación a examinar la relación entre los síntomas psicológicos, como depresión, ansiedad y síntomas

postraumáticos, y el bienestar psicológico en una muestra de 302 adultos. En sus resultados reportaron que en lo que respecta al afrontamiento religioso positivo no se encontró mediación significativa con el bienestar psicológico, mientras el afrontamiento religioso negativo sí medió significativamente la relación entre el bienestar psicológico y el estrés postraumático, por lo que los autores destacan la importancia y la influencia de factores externos.

1.6.5 Afrontamiento religioso y su relación con sexo y edad

En cuanto a la asociación del afrontamiento religioso y el sexo, Gemmell et al. (2016) en su estudio con 182 participantes con enfermedad renal crónica reportaron que las mujeres, en comparación con los hombres, tienden a usar con mayor frecuencia el afrontamiento de tipo religioso, entre otras estrategias como la reformulación positiva, por lo que los autores sugieren que el uso de una gama más amplia de estrategias de afrontamiento por parte de las mujeres puede estar asociada a la amortiguación del vínculo entre estrés percibido y calidad de vida (variables incluidas en el estudio de los autores mencionados). Rassoulia et al. (2021) reportaron como resultados de su estudio realizado en 352 pacientes con diagnóstico de cáncer en Viena, que las mujeres registraron mayor puntuación en afrontamiento religioso en comparación con los hombres, aunque también puntuaron más alto en medidas de ansiedad y depresión.

Por otra parte, Amadi et al. (2016) llevaron a cabo un estudio con 112 participantes con media de edad de 51.7 años (rango no especificado) con diagnóstico de diabetes mellitus en Nigeria, cuyo propósito fue evaluar la asociación entre el afrontamiento religioso y diversas variables sociodemográficas, entre ellas la edad y sexo. En sus resultados reportaron que los participantes de mayor edad y las mujeres registraron puntuaciones mayores en comparación con los participantes más jóvenes y en comparación con los hombres.

En general, las investigaciones realizadas en torno a la religión, espiritualidad y salud, que se han documentado a través de revisiones sistemáticas, revelan que las diferentes formas y prácticas de la religión y de la espiritualidad tienen un impacto tanto positivo como negativo, en la salud mental y física de los individuos (Bonelli & Koenig, 2013; Rivera-Ledezma & Montero, 2007). Se puede mencionar que la religión y la espiritualidad influyen en el significado de las circunstancias y el propósito de vida en las personas (Pargament et al., 2011; Park & Folkman, 1997) al dotar de valor explicativo para comprender los sucesos importantes de la vida. La literatura científica indica que las personas que experimentan

eventos traumáticos a veces parecen realizar cambios significativos a largo plazo en lo que concierne a sus creencias religiosas y también espirituales (Schwartzberg & Janoff-Bulman, 1991; citado en Park & Folkman, 1997). Para efectos de la presente investigación, se ha considerado de forma independiente la espiritualidad, como un recurso más íntimo y personal, por lo que a continuación se hace mención de sus principales conceptualizaciones y su estado del arte.

1.7 ESPIRITUALIDAD

En las últimas décadas el término espiritualidad ha sido utilizado en el lenguaje común como una forma alternativa de describir la búsqueda y conexión con lo trascendente; su significado original en inglés conduce al contraste de la vida de la iglesia con las formas de ser mundanas y materialistas (Nelson, 2009). En el siglo XIX espiritualidad no era un término de uso frecuente, a menudo se traslapaba con la palabra espiritismo que se entendía como el contacto con espíritus y otros fenómenos psíquicos (Nelson, 2009). El uso contemporáneo del término denota diversos significados que varían en la amplia literatura académica y científica, lo que se refleja en el hecho de que la espiritualidad puede entenderse en función de características culturales, sociales y religiosas del contexto del que se desprende (Zinnbauer et al., 1997). En las siguientes líneas se encuentra una revisión sobre el concepto, en la que se pretende realizar una distinción entre la espiritualidad y la religiosidad, esto con la intención de contextualizar el marco teórico del que se parte en la presente investigación.

1.7.1 Concepto

Esta investigación tomó como referente el modelo teórico de espiritualidad de Delaney (2005) para conceptualizarla, la autora la define como un fenómeno multidimensional que se experimenta de forma universal, tiene influencia de la vida personal y del contexto social. En un apartado posterior se retoma el modelo propuesto por la autora y se describen sus elementos.

Ahora bien, con el propósito de ofrecer un panorama acerca de cómo se ha definido y entendido la espiritualidad se ha realizado una breve revisión teórica, la cual se presenta a continuación.

Los términos religiosidad y espiritualidad han sido definidos por psicólogos e investigadores de diferentes maneras durante el siglo pasado (Zinnbauer et al., 1997; Zinnbauer et al., 1999) sin embargo ha habido un acuerdo general de que ambos conceptos son multidimensionales (Hill et al., 2000; Zinnbauer

& Pargament, 2005) y que se han usado de forma indistinta. Desde esta perspectiva, los fenómenos religiosos y espirituales se han agrupado bajo el amplio abanico del constructo religión, lo que implica que los términos se han usado de forma indistinta (Zinnbauer y Pargament, 2005). Zinnbauer y Pargament (2005) enumeran diversas definiciones de religión y espiritualidad y señalan que los términos son multidimensionales e interrelacionados. La revisión de los constructos realizada por los autores mencionados indicó que la religión generalmente se ha definido en términos de comportamiento, en donde se incluye la frecuencia y/o participación en actividades y prácticas que encuentran su base en la cultura, por ejemplo, la oración y meditación, asistencia a servicios, lectura de textos religiosos y actuación en rituales. En contraste, la espiritualidad se ha definido generalmente en términos emocionales y experienciales, donde se incluyen sentimientos o experiencias de asombro, armonía, paz, de conexión con el universo o poder superior. Johnstone et al. (2009) señalan que las definiciones revisadas son consistentes con la distinción que se hizo durante el siglo pasado entre religión intrínseca (refiere a los sentimientos y experiencias personales asociados con la propia religión) y religión extrínseca (refiere a las actividades y rituales de base cultural que practica el individuo en función de su tradición religiosa o religión).

Por otra parte, en la revisión realizada por Cook (2004) en su estudio descriptivo de 265 documentos, aunque reveló una diversidad y falta de claridad en la comprensión del concepto, el autor identificó trece elementos conceptuales en las definiciones de espiritualidad, entre los que se encuentran el componente relacional, el concepto de totalidad, trascendencia, humanidad, significado y propósito en la vida, autenticidad y verdad, valores, autoconocimiento, creatividad, conciencia y corazón, núcleo, fuerza y alma. Entre estos conceptos que se han identificado destacó, se encontró con mayor frecuencia, el componente relacional y la trascendencia. Para los autores la esencia de la espiritualidad reside en que puede experimentarse como una relación individual e interna, o bien una relación con otro que puede considerarse como trascendente (González-Rivera et al., 2017). Por su parte, Roff (1999; citado en Nelson, 2009) sostiene que la espiritualidad integra cuatro áreas: 1) una fuente de valores y un significado o propósito más allá del yo, abarcando sentido de misterio y autotrascendencia, 2) una forma de comprensión, 3) conciencia interior y 4) integración personal. Con respecto a la última característica, los autores señalan que es importante ya que la espiritualidad posee una función integradora y armonizadora que comprende el interior del individuo, la relación y conexión con los demás y con una realidad más amplia que promueve la capacidad de trascendencia. La espiritualidad puede existir fuera de los límites de la religión formal, pero también es parte de la religión (Folkman & Moskowitz, 2004) en este sentido se

entiende a la espiritualidad como los esfuerzos para encontrar significado y propósito, o esfuerzos para conectarse con un orden superior o ser divino que puede ser religioso o no. Por su parte Quicceno y Vinacia (2011a), describen que la religión es un sistema organizado de creencias que comprende las prácticas, rituales y símbolos que le permiten la cercanía al individuo con lo sagrado o trascendente, que puede ser representado por Dios o un poder más alto; en tanto, la espiritualidad la definen como una búsqueda personal sobre el significado de la vida y su relación con lo sagrado, que bien podría, conducir al desarrollo de rituales religiosos o no.

Con la finalidad de ampliar la comprensión de los fenómenos religiosos y espirituales, que conducen a su conceptualización, Zinnbauer y Pargament (2005) recurren a dos enfoques tradicionales, los sustantivos y los funcionales. Los enfoques sustantivos definen la religión por su sustancia: lo sagrado. Por lo tanto, la investigación indaga acerca de las emociones, pensamientos, comportamientos y las relaciones similares que se vinculan con un poder trascendente que ha adquirido cualidades sagradas en sí mismo (Bruce, 1996; en Zinnbauer & Pargament, 2005). Los enfoques funcionales examinan los propósitos a los que sirve la religiosidad en la vida de un individuo. Las creencias, las emociones, las prácticas y las experiencias se investigan como mecanismos funcionales que se utilizan para tratar cuestiones existenciales fundamentales, como el significado, la muerte, el sufrimiento, el aislamiento y la injusticia (Bruce, 1996; Pargament, 1997). Los investigadores de la religión se han centrado tradicionalmente en las creencias, emociones, conductas, motivaciones, etc., de los individuos (Pargament, 1997). La investigación tradicional también se basa en la comprensión de que la religiosidad y la espiritualidad pueden tener formas tanto positivas como negativas (Hill et al., 2000; Zinnbauer et al., 1999). A pesar de la descripción de algunos escritores acerca de la religión como ilusoria o patológica, la mayoría de los investigadores han proporcionado descripciones equilibradas (Hill et al., 2000). Por ejemplo, Fromm (1950) contrastó la religión autoritaria en la que las personas se degradan a sí mismas en relación con un poder mayor con una religión humanista en la que Dios representa y potencia la fuerza y la autorrealización de las personas. También está el contraste de Allport (1966; en Hill et al., 2000) entre la religión intrínseca y la religión extrínseca. El creyente intrínseco vive su religión y su fe representa un valor último en sí mismo. En contraste, el creyente extrínseco usa la religión en un sentido estrictamente utilitario para ganar seguridad, posición social u otras metas seculares o antirreligiosas. Mientras que los enfoques tradicionales se han caracterizado por el uso de perspectivas sustantivas y funcionales, un nivel de análisis individual y la representación de formas positivas y negativas, la imagen ha cambiado. El cambio

más notable se ha producido con el aumento de la popularidad y el reconocimiento del constructo espiritualidad (Zinnbauer & Pargament, 2005).

La línea que se ha generado entre la religión y la espiritualidad parece ser el resultado del conocimiento humano y de los acontecimientos histórico-culturales que continuamente afectan la percepción del individuo sobre lo divino (Sheldrake, 1992; en Hill et al., 2000). La segunda mitad del siglo XX fue testigo de un aumento del secularismo y de la creciente desilusión con las instituciones religiosas en la sociedad occidental, cuyo efecto se vio reflejado en que la espiritualidad comenzó a adquirir significados distintos y connotaciones favorables separadas de la religión. Esta diferenciación cultural resultó en una tendencia de percibir la espiritualidad con connotaciones más positivas mediante su asociación con experiencias personales con lo que se considera trascendente (Spilka & McIntosh, 1996; en Hill et al., 2000). Es más frecuente que el término espiritualidad ahora se utilice para describir la experiencia individual y se identifica con cosas como la trascendencia personal, la sensibilidad supraconsciente y el significado (Spilka & McIntosh, 1996; en Hill et al., 2000).

1.7.2 Modelo teórico de Espiritualidad de Delaney

Este estudio tomó como referente el modelo teórico de espiritualidad propuesto por Delaney (2005), quien definió el término como un fenómeno multidimensional que se experimenta de forma universal, éste fenómeno se contruye a lo largo de la vida del individuo mediante una permanente influencia social. Delaney (2005) señala que la espiritualidad comprende tanto el contexto personal como transpersonal, es una dimensión humana que involucra búsqueda de significado, conexión con los demás y con la naturaleza, además de un poder superior. Su manifestación ocurre a través de cuatro dominios:

1. Autodescubrimiento: este dominio está centrado en la reflexión interna, en la búsqueda de significado y propósito para que el camino hacia el viaje espiritual inicie, lo que llevó al individuo al crecimiento, la sanación y la transformación.

2. Relaciones con los demás: la premisa que corresponde a este dominio es que la espiritualidad se conoce y se experimenta dentro de las relaciones, mediante una conexión integral de profundo respeto y reverencia por la vida.

3. Conciencia ecológica: bajo este dominio se alberga una conexión integral basada en un profundo respeto con la naturaleza y la reverencia por el medio ambiente. Bajo este marco, la tierra se considera sagrada, es vista como un organismo vivo.

4. Poder Superior/Inteligencia Universal: en este dominio destaca la creencia en un poder superior o inteligencia universal que puede o no incluir prácticas religiosas formales.

Los cuatro dominios de la espiritualidad se desarrollan de forma dinámica, se conceptualizan como interconectados e interdependientes. Para Delaney (2005) las variables individuales y sociodemográficas como la edad, el género, la cultura, la etnia y las características personales son determinantes importantes en el desarrollo y la manifestación de la espiritualidad humana. En este modelo la autora se basó para la construcción de un instrumento de medida para la evaluación del constructo espiritualidad, mediante tres dimensiones: 1) poder superior/inteligencia universal (se incluyó la dimensión conciencia del eco), 2) relaciones con otros y 3) autodescubrimiento. Es importante señalar que el instrumento utilizado en el presente estudio es la adaptación y validación de González y colaboradores (2017) de la escala de espiritualidad de Delaney en población de Puerto Rico.

En términos generales, la espiritualidad puede ser un recurso importante en la vida de las personas cuando estas se enfrentan a circunstancias difíciles (Laubmeier et al., 2004). Existe evidencia de su presencia en personas con enfermedad, así como de la posible influencia del sexo y la edad. A continuación, se presentan algunos elementos teóricos al respecto.

1.7.3 Espiritualidad y enfermedades crónicas

La literatura en torno al papel de la espiritualidad tanto en la salud como en la enfermedad, de acuerdo con Koenig (2012), ha apuntado a establecer un impacto favorable al reducir el estrés y las emociones negativas, en algunos casos, se ha relacionado con el aumento del apoyo social y en el caso de personas con enfermedad, influye en la respuesta mediante el ajuste al tratamiento.

En la revisión de la literatura realizada por Koenig (2012), con una metodología estricta, según lo señala el autor, en lo que respecta a enfermedades coronarias, reportó que de 19 estudios que analizaron asociaciones entre la espiritualidad y el riesgo de enfermedad, 12 de ellos informaron una relación inversa significativa, y un estudio informó una relación positiva. También analizaron 13 estudios con una metodología más rigurosa, nueve encontraron relaciones inversas en la espiritualidad y enfermedad coronaria y uno encontró una relación positiva. Además, analizaron al menos 16 estudios que examinan las relaciones entre la espiritualidad y la reactividad cardiovascular, la variabilidad de la frecuencia cardíaca, los resultados después de la cirugía cardíaca y otras funciones cardiovasculares. De esos, 11 estudios informaron que la espiritualidad se relacionó significativamente con funciones o resultados

cardiovasculares positivos o con niveles más bajos de marcadores inflamatorios que se analizan en las personas con alto riesgo de enfermedad cardiovascular.

La literatura científica en oncología, de acuerdo con Laubmeier et al. (2004), ha demostrado que la espiritualidad se relaciona tanto con el bienestar emocional como con la calidad de vida y señala que puede ser importante para hacer frente a la amenaza potencial de vida de la enfermedad. En el estudio que condujeron los autores mencionados, cuyo objetivo fue evaluar el papel de la espiritualidad en el ajuste psicológico de 95 personas diagnosticadas con cáncer de diferentes tipos, la espiritualidad se asoció con menos angustia y mejor calidad de vida, lo que representó una parte importante de la variación en sus resultados. Concluyeron que sus hallazgos sugieren que la espiritualidad, particularmente el componente existencial, puede estar asociado con síntomas reducidos de angustia en pacientes con cáncer, independientemente de la amenaza que puede representar para la vida.

Mahdian y Ghaffari (2016) realizaron un estudio con la finalidad de indagar sobre los efectos del bienestar espiritual, en conjunto con la resiliencia y el apoyo social percibido en 198 mujeres con cáncer en un centro de tratamiento en Irán. En sus resultados, obtenidos a través de modelo de ecuaciones estructurales, señalaron que el efecto positivo del bienestar espiritual sobre la esperanza puede explicarse a través del papel mediador de la resiliencia y el apoyo social percibido, mediante un ajuste adecuado del modelo conceptual con los datos obtenidos. Se puede decir que la esperanza puede explicarse en las pacientes con cáncer a través de los efectos directos e indirectos del bienestar espiritual. El modelo conceptual propuesto por los autores explicó el 64% de la varianza de la esperanza a través del bienestar espiritual, la resistencia psicológica y el apoyo social percibido. De acuerdo con los hallazgos de este estudio, se informó que la espiritualidad es un fuerte predictor de esperanza y salud mental.

En general la literatura en torno a la relación entre la espiritualidad y enfermedad crónica advierte una asociación positiva con la calidad de vida y negativa con la depresión y ansiedad en personas con cáncer avanzado (Delgado-Guay et al., 2011; 2021; Oh & Kim, 2012), esclerosis múltiple (Amiri et al., 2020) y enfermedad renal terminal (Davison & Simpson, 2006). Los autores coinciden en señalar que, dada la prevalencia de problemas psicológicos en personas con enfermedad crónica, y debido al impacto positivo de la intervención de programas basados en consejería espiritual, se recomienda la atención al respecto.

1.7.3.1 Espiritualidad y DMT2

La investigación basada en intervenciones en personas con DMT2 con la finalidad de mejorar el control metabólico se consideran cada vez más necesarias, según González-Burboa et al. (2019), quienes

realizaron una revisión de la literatura sobre los efectos de las intervenciones psicológicas implementadas en personas con dicha enfermedad. En los estudios que revisaron, las intervenciones se basaron en la perspectiva cognitivo conductual, la consejería, autoevaluación y en la perspectiva físico-espiritual. Los hallazgos de estos investigadores muestran que en general existió una disminución en el nivel de glucosa en sangre mediante un control más adecuado de la enfermedad y la promoción y formación de conductas de autocuidado.

Krederdt-Araujo et al., (2019) condujeron una investigación en la que se estableció como objetivo determinar la relación entre la espiritualidad y el apoyo social en 54 adultos con DMT2 y la incidencia de estas variables en el manejo de la enfermedad y calidad de vida. Los resultados obtenidos mostraron que la espiritualidad y el apoyo social son factores importantes para el manejo de la enfermedad que, desde la postura de los investigadores, son elementos que deben considerarse para la intervención, sobre todo en personas con necesidades espirituales.

Duke (2021) exploró cómo la espiritualidad de un grupo de adultos con DMT2 que vivían en Inglaterra influyó en sus estrategias de afrontamiento y autogestión y manejo de la dieta y el ejercicio. En sus hallazgos, obtenidos mediante el método interpretativo narrativo biográfico, reportó que la espiritualidad influye en las expectativas de vida de las personas, que las creencias influyen en los estilos de afrontamiento del autocontrol de la diabetes y la responsabilidad influye en el autocontrol de la diabetes. Por lo anterior, el autor recomienda que se deben incluir las creencias espirituales de las personas a los planes de tratamiento individual.

En este punto es importante destacar que la literatura en torno a la espiritualidad y su papel en la DMT2 ha destacado que la espiritualidad representa un recurso psicológico que puede ser de gran relevancia en intervenciones clínicas con personas que manifiesten necesidades espirituales (Watkins et al., 2013) debido a la influencia que puede tener sobre el manejo de la enfermedad, sobre las prácticas de autocuidado y la adherencia terapéutica (Świątoniowska-Lonc et al., 2021), que es determinante en este tipo de padecimientos.

1.7.4 Espiritualidad y bienestar psicológico

La espiritualidad en la actualidad ha sido un recurso psicológico que ayuda al individuo a enfrentar la adversidad. La pandemia por COVID-19 ha afectado significativamente a la población de todo el mundo, por lo que la experiencia del estrés puede afectar el bienestar de las personas. Arslan y Yildirim (2021) examinaron el rol mediador del afrontamiento centrado en el significado y de la espiritualidad entre el

vínculo del estrés por coronavirus y el bienestar subjetivo en 427 adultos durante la pandemia de COVID-19. Los resultados indican que un mayor afrontamiento basado en el significado y el bienestar espiritual mediado disminuyen los impactos adversos del estrés por coronavirus en el bienestar subjetivo. Estos resultados sugieren que la importancia de una combinación de procesos de afrontamiento y espiritualidad basados en el significado mitiga los efectos adversos del estrés sobre el bienestar durante la pandemia de coronavirus.

En una investigación transversal realizada en Pakistán con 80 padres cuidadores de niños con enfermedad crónica, Anum y Dasti (2016) determinaron que la relación de la carga del cuidado, la espiritualidad y el bienestar psicológico mantenían una correlación inversa. Los hallazgos en este estudio, analizados mediante correlación y análisis de mediación, indicaron que la carga del cuidador se correlacionó negativamente con el bienestar psicológico y la espiritualidad, mientras que el bienestar psicológico y la espiritualidad presentaron una correlación positiva. Se destacó el papel de la espiritualidad en el bienestar psicológico de los cuidadores, lo que podría ser útil para prevenir desesperanza, ánimo deprimido y ansiedad a través de la consejería espiritual.

1.7.5 Espiritualidad y su relación con sexo y edad

En un estudio llevado a cabo por Rudaz et al. (2019) a partir de una investigación longitudinal en Estados Unidos en una muestra de 288 participantes y sobrevivientes de cáncer, se reportó que las mujeres manifestaron tener más experiencias espirituales diarias, lo que a su vez se relaciona con un mayor afecto positivo a lo largo del tiempo, en comparación con los hombres. Los autores sugirieron que dado en tiempo de supervivencia de los participantes (17 años), es posible que estas experiencias estén asociadas al entusiasmo general por la vida y la calidad de vida de la persona. Rodrigues et al. (2017) realizaron un estudio con 643 participantes de 60 años y mayores en Brasil, del cual reportaron como principales hallazgos que el sexo femenino registró promedios superiores en comparación con los hombres en la medida de espiritualidad. En lo que respecta a la edad los autores señalan que obtuvieron una débil correlación positiva con la medida de espiritualidad, en general destacaron que la espiritualidad, como una dimensión de la existencia humana, tiene la capacidad de proporcionar bienestar lo que puede facilitar la adaptación y superación de experiencias estresantes, sobre todo en personas mayores.

En el mismo orden de ideas, dada la importancia del bienestar psicológico y de la asociación que se ha sugerido con el índice de glucosa en la sangre en las personas con DMT2 (Boehm et al., 2015; Yi et

al., 2008) y puesto que se trata de una variable importante en el presente estudio, a continuación se presentan sus fundamentos teóricos y una revisión del estado del arte.

1.8 BIENESTAR PSICOLÓGICO

Desde los filósofos antiguos hasta los pensadores y científicos de la actualidad han intentado explicar que es y cómo es posible alcanzar la felicidad, sin embargo, la falta de consenso sobre su definición, sus elementos y su origen, revela que se trata de una tarea difícil (Cummins et al., 2014; Delle et al., 2011). El estudio científico del bienestar, según Satorres (2013), se ha documentado desde finales del siglo XX, con antecedentes destacados en el pensamiento filosófico de Platón, Aristóteles, Confucio y Séneca, acerca de la vida bondadosa y el cuidado del alma; también se habla de las reflexiones derivadas de tradiciones espirituales de Oriente y Occidente, como el cristianismo, budismo, hinduismo, el taoísmo, etc., que dan paso al estudio de la felicidad.

Con el propósito de contextualizar históricamente, el bienestar se convirtió en un tema de investigación científica en la década de 1950, cuando debido a las consecuencias de la Segunda Guerra Mundial, se manifestó el interés por fomentar una mejor vida y una nueva visión del individuo. Lo anterior se reflejó en corrientes del pensamiento y campos del conocimiento, tanto artísticos como científicos que coincidieron en una apreciación más holística del individuo (para una revisión más exhaustiva consultar Keyes, 2006). En este contexto, las naciones manifestaron su preocupación por la calidad de vida de los ciudadanos, dónde el bienestar representó una de sus facetas. En un principio, los indicadores de salud, así como las condiciones de vida, como nivel socioeconómico y educativo, se tomaron como valoraciones objetivas y externas de las personas, para posteriormente evaluar desde una perspectiva subjetiva e interna, las valoraciones que el individuo realiza acerca de su propia vida. Por su parte, la OMS (2006) contribuyó con la definición de salud, la cual hace referencia a un completo estado de bienestar físico, psicológico y social, lo que encaminó el estudio científico del bienestar humano, que gradualmente condujo al desarrollo de conceptos y medidas importantes para delimitar el concepto de salud positiva (Vázquez et al., 2009).

La Psicología incorporó el estudio del bienestar dentro de su campo de conocimiento, antes del surgimiento formal de la Psicología Positiva, como evidencia de ello, se puede mencionar a los psicólogos humanistas que se interesaron por la promoción del funcionamiento óptimo y del desarrollo a lo largo del ciclo de la vida del ser humano (Allport, Maslow, Rogers, Jung, Erickson, Neugarten). Se señala que las

aportaciones de Jahoda (1958) sobre la salud mental positiva, que subrayaron la importancia de incluir estados positivos en la definición de bienestar, fueron un parteaguas en el cambio de paradigma de la psicología, así como en el campo de la salud física (Keyes et al., 2002).

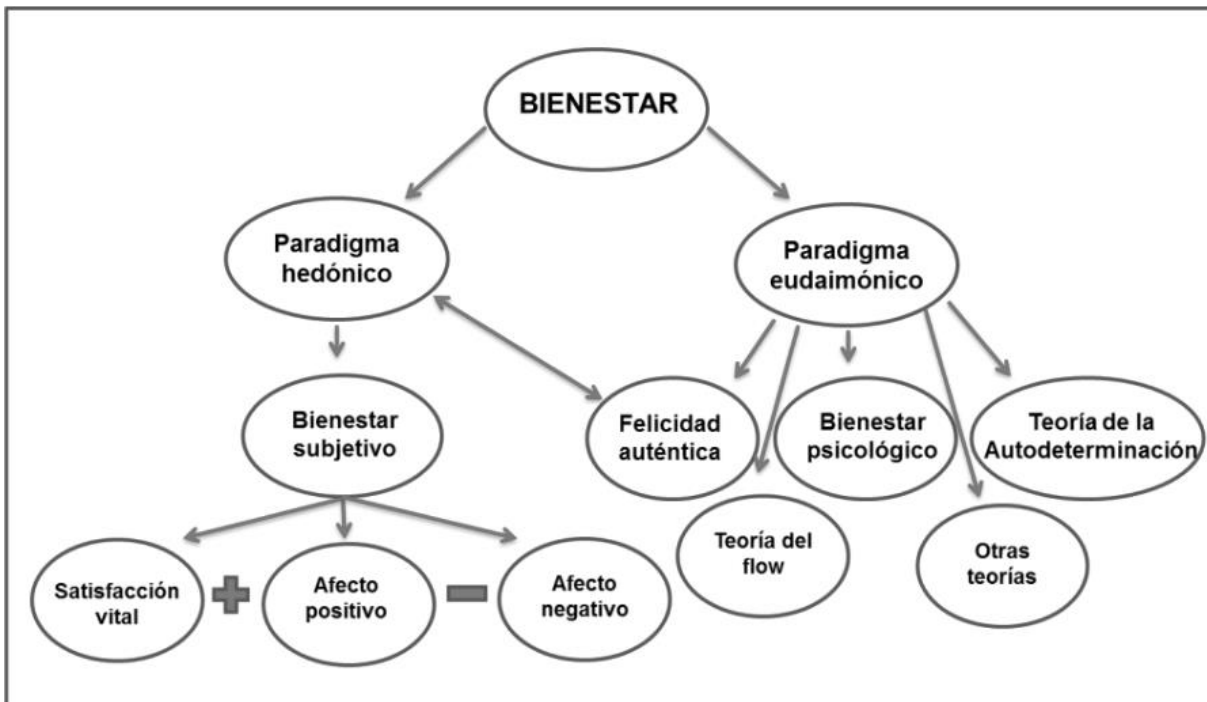
Existe consenso en señalar que la investigación actual sobre bienestar deriva de dos corrientes filosóficas: hedonismo y el eudaimonismo (Ryan & Deci, 2001; Waterman, 1993), las cuales se distinguen por conceptualizar formas diferentes de entender y alcanzar el bienestar (Huta, 2016; Ryan & Deci, 2001). El enfoque hedónico, centrado en la felicidad, asocia el bienestar con el logro del placer y evitación del dolor, mientras que, el enfoque eudaimónico, centrado en el significado y la autorrealización, asocia el bienestar con el grado en que una persona funciona plenamente y en el proceso de una vida plena (Huta, 2016; Ryan & Deci, 2001). Autores como Keyes, Shmotkin y Ryff utilizaron el constructo bienestar subjetivo como representante de la perspectiva hedónica y el constructo bienestar psicológico como representante de la tradición eudaimónica (Díaz et al., 2006). Las dos perspectivas están orientadas hacia el conocimiento de lo que representa una vida valorada como plena, así como en la consideración multicausal y multifactorial del bienestar (Keyes, 2006). Sin embargo, Keyes et al. (2002), distinguen entre las dos perspectivas algunos aspectos fundamentales: para la perspectiva hedónica el bienestar es un estado afectivo en el que coexisten experiencias que se relacionan con satisfacción, mientras que para la perspectiva eudaimónica el bienestar se basa en el proceso de desarrollo humano los desafíos existenciales de la vida.

Desde la perspectiva hedónica, se ha asociado el bienestar a la experiencia subjetiva de felicidad que surge como resultado del equilibrio entre las situaciones de placer y de displacer, entre los aspectos buenos y malos de la vida (Diener et al., 2006). El bienestar subjetivo, está compuesto por dos elementos: 1) el balance afectivo, resultado de la frecuencia tanto de emociones positivas como negativas, y 2) la satisfacción vital percibida, más estable y con un componente cognitivo (Diener et al., 1999).

De acuerdo con Keyes et al. (2002), el estudio sobre el bienestar subjetivo predominó hasta finales de los años 80 del siglo pasado. Sin embargo, la consideración de algunos investigadores como Ryff y Keyes (1995), acerca de que el bienestar era producto de las experiencias relacionadas con el placer y evitación del dolor, señalaron que se ignoraron las teorías sobre la autorrealización, el ciclo vital y el funcionamiento mental óptimo, así como el significado vital, planteando así la multidimensionalidad del constructo (Castro, 2009), cuya postura, permitió a Ryff, plantear un modelo multidimensional del bienestar psicológico, desde la perspectiva eudaimónica (Ryff & Keyes, 1995). A partir del nacimiento de la Psicología Positiva, con el liderazgo de Seligman y Csíkszentmihályi (2000), se observó un impulso

importante en la investigación en torno al bienestar, constituyendo un amplio campo del conocimiento (Delle et al., 2011; Vázquez & Hervás, 2008). En la figura 3 se presenta de forma gráfica los campos de estudio del bienestar que se han desarrollado desde las perspectivas hedónica y eudaimónica, posteriormente se desarrollará de forma específica el constructo de bienestar psicológico, con base en la postura de Ryff (Ryff & Keyes, 1995), que es a partir de la cual se analiza en esta investigación.

Figura 3
Paradigmas de investigación sobre el bienestar



Fuente: Boniwell y Henry (2007)

1.8.1 Aproximaciones teóricas del bienestar

El bienestar es un elemento humano que se ha estudiado y explicado desde diferentes perspectivas. A continuación, se explica brevemente de acuerdo con la síntesis elaborada por Castro (2009) las aproximaciones teóricas en el estudio del bienestar.

1.8.1.1 Teorías universalistas.

Es un grupo de teorías que Diener (1984) denominó teorías téticas y que está conformado por aquellas que postulan que la satisfacción se alcanza mediante el logro de objetivos y la satisfacción de necesidades básicas. Diener et al. (1999) destacan que las conductas y emociones de una persona, son indicio de lo que se pretende lograr, evitar e incluso del éxito en la vida y esto a su vez puede derivar en la experiencia de bienestar dado que este se alcanza cuando se logran metas.

Los objetivos, así como las necesidades del individuo, están determinadas por la experiencia, las etapas de la vida y por factores emocionales, por lo que se presentarán de manera diferente en cada individuo. Las necesidades pueden ser de carácter universal, como las que se propusieron por Maslow o pueden ser más individuales, como las propuestas por Murray (Castro, 2009). Es en este grupo en el que se incluye el modelo multidimensional de bienestar psicológico de Ryff (1989).

1.8.1.2 Modelos situacionales (Bottom up).

Son modelos que hacen referencia a que la satisfacción con la vida es producto de la suma de los momentos felices que vive un individuo, es decir, a mayor cantidad de eventos felices, el individuo estará más satisfecho con su vida. Estos modelos de bienestar, hacen énfasis en la importancia de las circunstancias que las personas deben vivir para experimentar satisfacción, se plantea que la felicidad y el bienestar dependen de las situaciones particulares de la persona, así como de factores como el nivel social y económico, el nivel educativo, la salud física, el género, la edad o la raza (Diener, 1984) a grandes rasgos desde esta perspectiva, las personas felices son aquellas que experimentan una mayor cantidad de acontecimientos positivos y poseen un mayor número de ventajas sociales. Diener et al. (1999), señalaron que esta propuesta, aunque razonable, no recibió mucho apoyo empírico, ya que a estos factores solo explicaban menos del 20% de la varianza del bienestar subjetivo (para una revisión más exhaustiva ver Diener et al., 1999).

1.8.1.3 Modelos personológicos (Top down).

Modelos que sugieren que, aunque el bienestar fluctúa a medida que pasa el tiempo, a largo plazo se manifiestan patrones estables que dependen de las diferencias individuales (Diener et al., 1999), por lo que se entiende que, las personas que por naturaleza tienden a ser felices, experimentan mayor satisfacción en lo social, familiar y laboral. La felicidad y el bienestar, constructos entendidos desde esta perspectiva, no son una consecuencia de las variables externas del individuo, a diferencia de los modelos

situacionales, sino que es producto de los factores biológicos temperamentales que influyen en la cognición y en la conducta; por lo tanto, se afirma que las personas tienden a manifestar de forma inherente con estabilidad y consistencia como experimentan el mundo. Costa y McCrae (1980) afirmaron que un conjunto de rasgos influye en el afecto positivo o la satisfacción, mientras que un conjunto diferente de rasgos influye en el afecto negativo o la insatisfacción, refiriéndose a los rasgos componentes de la extraversión y del neuroticismo, respectivamente. Así, un individuo extrovertido, tenderá a interpretar las circunstancias de una forma más positiva, lo que influirá en el bienestar y la felicidad que experimente, mientras un individuo con rasgos más orientados hacia el neuroticismo, interpretará de una forma más negativa las circunstancias.

1.8.1.4 Teorías de la adaptación.

Refieren que la adaptación es clave para entender la felicidad. Cuando un individuo está expuesto a una situación considerada como altamente estresante, se pone en marcha un proceso de adaptación, facilitando que la persona regrese a su nivel de bienestar previo, denominado set point. Se trata de teorías que se basan en un modelo automático de habituación, en el que los procesos adaptativos permiten al individuo minimizar el impacto de un evento si este causa desviaciones del nivel original de bienestar (Castro, 2009). Cummins et al. (2014), señalan que cada individuo posee un nivel de bienestar estable, influido por características de personalidad, así como mecanismos homeostáticos que le permiten mantener ese nivel de estabilidad al estar expuesto a circunstancias de vida importantes, el nivel de bienestar representaría el set point o punto fijo.

1.8.1.5 Teorías de las discrepancias.

Se trata de la integración de enfoques divergentes dentro del campo de la satisfacción propuesta por Michalos. En este conjunto de teorías, se considera que la autopercepción del bienestar está multideterminada y no posee una sola causa. Desde esta postura, el bienestar se explica por la comparación que realiza el individuo entre los estándares personales y el nivel de condiciones actuales. Si el nivel de los estándares es inferior y los logros son mayores, se produce la satisfacción y el bienestar. Si el estándar es mayor y los logros son inferiores, el resultado es la insatisfacción. En esta aproximación, se incluye la teoría de la comparación social, en la que el modelo de comparación está representado por las otras personas (Diener et al., 1999), donde la idea del bienestar y la felicidad depende de la condición de otros respecto al propio individuo; si el otro se encuentra en una condición desfavorable con respecto al

individuo, el individuo experimentaría felicidad, y viceversa, si el otro se encuentra en una mejor condición, entonces el individuo experimentaría infelicidad.

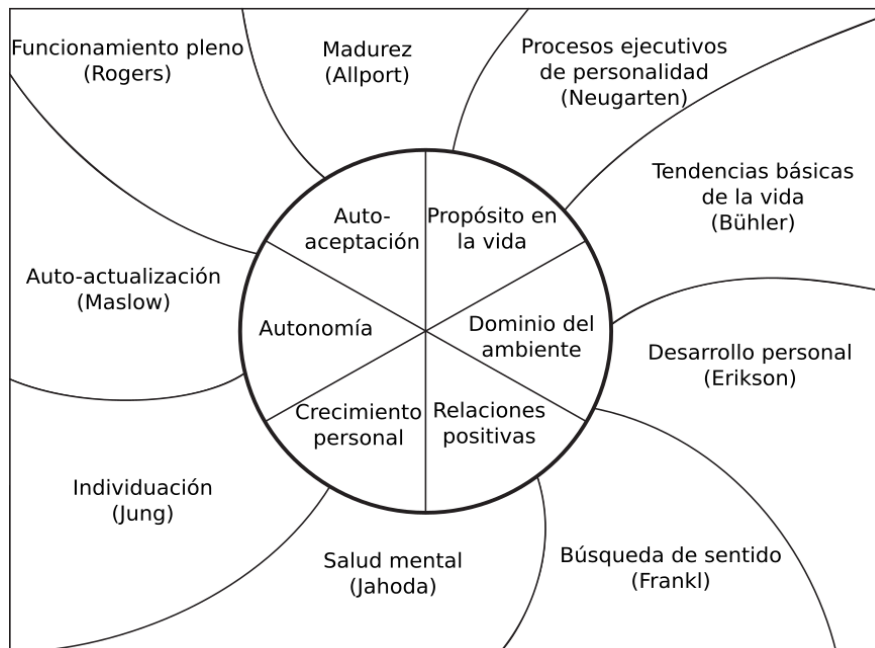
1.8.2 Modelo de Bienestar Psicológico de Ryff

Una de las investigadoras más representativas interesada en el estudio del bienestar, incluso antes del surgimiento de la Psicología Positiva, es Carol Ryff (Vázquez & Hervás, 2008), quien conceptualizó el bienestar psicológico como un todo, integrado por diversas áreas importantes del desarrollo vital de los individuos a favor de la salud y buen funcionamiento.

Primeramente, de acuerdo con Ryff y Keyes (1995), el bienestar psicológico se define como el esfuerzo por perfeccionarse y lograr el desarrollo del potencial, a su vez relacionado con un propósito en la vida, con el hecho de que la vida adquiera significado para el individuo, con desafíos y esfuerzo por superarlos que finalmente conduce al logro de metas valiosas. En el intento por definir la salud mental positiva, Ryff tomó en consideración las propuestas teóricas previas de Maslow, Rogers, Allport, Jung y Jahoda, entre otros (Figura 4), para sistematizar un modelo multidimensional que incluyera los distintos elementos del funcionamiento humano óptimo (Ryff & Keyes, 1995; Vázquez & Hervás, 2008).

Figura 4

Dimensiones del bienestar psicológico y sus bases teóricas



Fuente: Ryff, 2014

El modelo multidimensional de bienestar psicológico de Ryff (1989; 2014), que es el modelo a partir del cual se llevarán a cabo los análisis en el presente estudio, está compuesto por seis dimensiones:

1) Autoaceptación. Se considera como uno de los criterios centrales del bienestar, se refiere al conocimiento que el individuo posee de sí mismo, incluso de sus propias limitaciones. Las actitudes positivas hacia sí mismo es la referencia más importante de funcionamiento óptimo y la madurez del individuo.

2) Relaciones positivas con los otros. Hace referencia a las relaciones sociales estables y amigos en los que el individuo pueda confiar, a cuánto se vincula o mantiene relaciones cálidas con personas importantes en su vida, “la capacidad de amar es un componente central de la salud mental” (p. 1071)

3) Autonomía. Se refiere a la necesidad del individuo a vivir de acuerdo con sus propias convicciones (autodeterminación), además de mantener su independencia y autoridad personal, y la capacidad de tomar sus propias decisiones. Se destaca que las personas con autonomía poseen la capacidad de resistir la presión social y de auto-regular su comportamiento.

4) Dominio del entorno. Asociada con la habilidad del individuo de manejar situaciones de vida y para elegir o crear entornos favorables para satisfacer sus necesidades, “las personas con un alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir sobre el contexto que les rodea” (Díaz et al., 2006, p. 573).

5) Crecimiento personal. Es una dimensión que hace énfasis en que el funcionamiento óptimo, además de requerir las características ya mencionadas, es necesario el empeño del individuo por desarrollar sus potencialidades, por seguir creciendo como persona. Está relacionado con el sentido de autorrealización y que implica un proceso continuo de desarrollo de las capacidades del individuo.

6) Propósito en la vida. Hace referencia a una serie de creencias que le dan al individuo la sensación de que la vida tiene un significado y un propósito. Implica la actitud activa y reflexiva ante la vida, además de la necesidad de fijar metas, objetivos que le permitan al individuo dotar su vida de cierto sentido.

Cada una de las dimensiones del modelo propuesto por Ryff, comprende un desafío diferente que enfrenta el individuo en su esfuerzo por funcionar plenamente y desarrollar sus potencialidades (Ryff & Keyes, 1995). Asimismo, cada dimensión pretende delimitar el espacio de la salud mental, haciendo énfasis en lo que se entiende como funcionamiento óptimo frente al funcionamiento deficitario (Tabla 1) (Ryff, 2014; Vázquez & Hervás, 2008).

Tabla 1*Niveles de las dimensiones del bienestar psicológico*

Dimensión	Nivel óptimo	Nivel deficitario
Autoaceptación	<ul style="list-style-type: none"> - Actitud positiva hacia uno mismo - Acepta aspectos positivos y negativos - Valora positivamente su pasado 	<ul style="list-style-type: none"> - Perfeccionismo - Uso mayor de criterios externos
Relaciones positivas con los otros	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones estrechas y cálidas con otros - Le preocupa el bienestar de los demás - Fuerte empatía, afecto e intimidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Déficit en intimidad, afecto y empatía
Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> - Capaz de resistir presiones sociales - Es independiente y tiene determinación - Regula su conducta desde dentro - Se autoevalúa con sus propios criterios 	<ul style="list-style-type: none"> -Bajo nivel de asertividad - No mostrar preferencias - Actitud sumisa y complaciente - Indecisión
Dominio del entorno	<ul style="list-style-type: none"> - Sensación de control y competencia - Control de actividades - Saca provecho de oportunidades - Capaz de crearse o elegir contextos 	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimientos de indefensión - Locus externo generalizado - Sensación de descontrol
Crecimiento personal	<ul style="list-style-type: none"> - Sensación de desarrollo continuo - Se ve a sí mismo en progreso - Abierto a nuevas experiencias - Capaz de apreciar mejoras personales 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensación de no aprendizaje - Sensación de no mejora - No transferir logros pasados al presente
Propósito en la vida	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivos en la vida - Sensación de llevar un rumbo - Sensación de que el pasado y el presente tienen sentido 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensación de estar sin rumbo - Dificultades psicosociales -Funcionamiento premórbido bajo

Fuente: Ryff, 2014; Vázquez y Hervás, 2008

Aunque originalmente el modelo no fue planteado desde la Psicología Positiva, se comprende a partir de este referente debido a que su conceptualización está enmarcada en el funcionamiento positivo del individuo (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

De acuerdo con Ryff (2014) en las últimas dos décadas se han desarrollado investigaciones e intervenciones en torno a este constructo que se agrupan en diferentes áreas temáticas, una de las cuales vincula el bienestar psicológico con la salud, que incluye factores de riesgo biológicos y analiza su

incidencia y su promoción en segmentos cada vez mayores de la población. Según Vázquez et al. (2009) y Vázquez y Castilla (2007) ha sorprendido la evidencia de que la relación de la medida de bienestar psicológico es más consistente con la salud física que las medidas de bienestar subjetivo. A este respecto se argumenta que es posible que el bienestar psicológico “se relacione con mecanismos de regulación afectiva a medio y largo plazo a través de búsqueda de conductas supervivenciales y de ajuste a las demandas del medio (dar sentido a la experiencia, buscar lo positivo de lo que sucede, efectuar ajustes de objetivos vitales)” (Vázquez & Castilla, 2007, p.389).

Un campo de interés en el estudio del bienestar psicológico se encuentra en las enfermedades crónicas, dada la prevalencia e incidencia de estos padecimientos a nivel mundial y específicamente en México, por lo que a continuación se realiza una breve revisión de la literatura a este respecto, así como de su relación del sexo y la edad.

1.8.3 Bienestar Psicológico y Enfermedades Crónicas

La literatura en torno al estudio de las variables psicológicas que inciden en la salud de las personas, ha acumulado evidencia que sugiere que el bienestar psicológico, que incluye pensamientos y sentimientos positivos, como un objetivo para la vida, optimismo y alegría, se relaciona con menor riesgo de enfermedad cardiovascular y una mejor salud (Kubzansky et al., 2018). Huffman et al. (2016) indagaron sobre la asociación entre el optimismo y gratitud con la actividad física, biomarcadores de pronóstico y rehospitalizaciones en 164 personas con síndrome coronario agudo. Después de 6 meses, mediante un análisis de regresión, el optimismo se asoció significativamente con una mayor actividad física y con tasas más bajas de reingreso hospitalario, sin embargo, no se encontraron relaciones significativas entre el optimismo y los biomarcadores. En este estudio la gratitud se asoció mínimamente tanto con la actividad física como con la rehospitalización, por lo que los autores sugieren mayor investigación.

En la revisión realizada por Boehm y Kubzansky (2012) centrada en la evidencia generada a través de una metodología rigurosa (diseños prospectivos, medidas objetivas de enfermedad cardiovascular), se observó que el bienestar psicológico manifestó una asociación uniforme con la reducción del riesgo de aparición de la enfermedad, independientemente de los factores de riesgo tradicionales de la misma. También se encontró que el bienestar psicológico se asocia positivamente con comportamientos de salud restaurativos (como la actividad física, alimentación, cantidad y calidad de sueño) y su función biológica (por ejemplo, procesos metabólicos), así como negativamente con comportamientos no restaurativos.

Las investigaciones realizadas por Ryff en torno a la relación entre bienestar psicológico y marcadores biológicos, referidos a la salud y enfermedad, han arrojado interesantes resultados. En un estudio llevado a cabo en 2006 en una muestra de 135 mujeres con un promedio de edad de 74, observó que en aquellas con mayores niveles de propósito en la vida, mayor percepción de crecimiento personal y mejores relaciones con otros significativos, presentaban un menor riesgo de enfermedad cardiovascular (medido a través de glucosa en sangre, el peso corporal, diámetro de la cintura y cadera) y una mejor regulación endocrina (medida a través cortisol contenido en muestras de saliva) (Ryff et al., 2006; Ryff, Singer, & Love, 2004).

Los hallazgos de los estudios presentados, resaltan la importancia de la investigación y conocimiento generado acerca del bienestar psicológico y su relación con la salud, por lo que las contribuciones en el campo de las enfermedades crónicas resultan vitales, dado su panorama epidemiológico.

1.8.3.1 Bienestar Psicológico y DMT2.

Debono y Cachia (2007) señalan que el bienestar psicológico es un objetivo importante de la atención médica, así como los factores psicosociales y el apoyo social, son relevantes para el adecuado manejo de la diabetes. Ser diagnosticado con diabetes impone una carga psicológica de por vida sobre la persona y su familia, por lo que el pobre funcionamiento psicológico puede causar emociones negativas y puede interferir con el manejo de la enfermedad, que se asocia con resultados desfavorables y altos costos (Egede, Zheng & Simpson, 2002).

La literatura en torno al estudio del bienestar psicológico y diabetes, en conjunto es escasa, sin embargo, los estudios existentes apuntan a una relación positiva y significativa entre algunas de sus dimensiones (como relaciones positivas con los otros, propósito en la vida y crecimiento personal) con niveles de glucosa adecuados en sangre (Ryff et al., 2006).

Tirumalesh & Chandraiah (2017), llevaron a cabo un estudio en la ciudad de Tirupati, India, en una muestra de 400 pacientes diabéticos que asistieron a atención médica y cuyo objetivo fue evaluar el bienestar psicológico, en hombres y mujeres que realizan trabajos sedentarios y no sedentarios, clasificados también en cuanto a la práctica de ejercicio físico y tipo de diabetes. Los resultados evidenciaron que en cuanto al sexo no existieron diferencias significativas en el nivel de bienestar psicológico, aunque si hubo diferencias con referencia al tipo de trabajo (sedentario y no sedentario) y la práctica de ejercicio físico, quienes realizan trabajo no sedentario y practican ejercicio presentaron niveles

más altos de bienestar psicológico. Finalmente, los autores concluyen que el bienestar de los pacientes diabéticos está asociado a la percepción de su capacidad para hacer frente a las demandas de la diabetes y su tratamiento, para mantener las relaciones sociales y prevenir la ocurrencia de complicaciones.

Massey et al. (2017), refieren que los constructos psicológicos positivos, como el bienestar psicológico y la resiliencia, se han asociado con mejores resultados médicos en pacientes con DMT2, como un adecuado control de la glucosa y menor tasa de mortalidad a causa de la enfermedad. Asimismo, señalan que los pacientes que reportan mayor bienestar psicológico, considerado por los autores también como un estado psicológico positivo, manifiestan mayor número de conductas de salud, mayor actividad física y una dieta más saludable.

En el estudio prospectivo realizado por Boehm et al. (2015) se asociaron indicadores de satisfacción con la vida, vitalidad emocional y optimismo, vinculados también con el bienestar psicológico, con un riesgo menor de padecer diabetes mellitus en el futuro. En este estudio, las variables sociodemográficas como el sexo y el peso de los participantes no tuvieron relación con la enfermedad. Con base en los hallazgos reportados por los autores, se concluye que el bienestar psicológico puede contribuir a reducir el riesgo de una afección, como diabetes, sin embargo, sugieren se continúe con la investigación al respecto.

El estudio longitudinal llevado a cabo por Williams et al. (2004), tuvo como propósito poner a prueba la teoría de la autodeterminación de Ryan y Deci (2001), la cual está relacionada con el bienestar psicológico (Vázquez et al., 2009), a través de una intervención que se prolongó a lo largo de un año. Uno de los objetivos fue promover el cambio de conducta con la finalidad de conseguir el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, para lo cual la muestra estuvo conformada por 159 personas que presentaban un pobre control de su padecimiento. Se evaluaron la motivación y la competencia autónoma percibida, después de 3, 6 y 12 meses de intervención en la que se incluyó la educación sobre la enfermedad, así como fortalecimiento de la motivación y autonomía. Los resultados mostraron un cambio importante en los comportamientos que promovieron el control glucémico después de los periodos de intervención, por lo que los autores concluyeron que los datos se ajustaron al modelo propuesto por la teoría de la autodeterminación. Los autores del estudio citado, hacen referencia a la importancia del control glucémico como factor que reduce las complicaciones a largo plazo en las personas con diabetes tipo 2, por lo que la investigación es necesaria para entender como motivar a los pacientes a manejar de una forma más efectiva su padecimiento.

Por su parte Jiménez y Dávila (2007) señalan que entre los factores que se han relacionado con un adecuado manejo de la diabetes son la autoeficacia específica en diabetes, el bienestar emocional, la motivación y disposición para el cambio, algunos de los cuales están relacionados con el bienestar psicológico.

En el estudio de Castro et al. (2016a), llevado a cabo en una muestra de 292 personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de México, se reportó que las mujeres con este padecimiento, en comparación con los hombres, presentaron un mayor puntaje en las dimensiones dominio del entorno, propósito en la vida y en el puntaje total de bienestar psicológico, que a su vez se relacionan con mayor capacidad de adaptación a la enfermedad y circunstancias adversas.

La relevancia del estudio del bienestar psicológico en el campo de las enfermedades crónicas, destaca por su relación con la salud física, “el bienestar parece tener un papel en la prevención y en la recuperación de condiciones y enfermedades físicas, permitiendo incluso incrementar la esperanza de vida” (Vázquez, et al., 2009, p.23).

1.8.4 Bienestar psicológico y su relación con sexo y edad

Se ha estudiado la relación que existe entre las seis dimensiones del bienestar psicológico y diferentes variables, entre las que se señalan las sociodemográficas como la edad y el género, entre otras (Ryff, 2014; Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002; Ryff, Singer & Love, 2004). Con respecto al género, se han reportado diferencias en la dimensión relaciones positivas con otros y en la de crecimiento personal, que indican que las mujeres tienen puntuaciones más altas en comparación con los hombres (Ryff & Keyes, 1995; Ryff, Keyes & Hughes, 2003). En lo que se refiere a la edad, la literatura indica que el bienestar psicológico es dinámico, ya que se va modificando a medida que la edad del individuo avanza y que gestiona los acontecimientos que representan un reto (Ryff, 2014). Se ha reportado que las dimensiones autonomía y dominio del entorno aumentan con la edad, mientras que propósito en la vida y crecimiento personal disminuyen progresivamente; las dimensiones aceptación y las relaciones positivas con los otros, manifiestan patrones de estabilidad a lo largo de la vida (Ryff & Keyes, 1995; Ryff, Keyes & Hughes, 2003).

1.9 PROPUESTA DE UN MODELO EXPLICATIVO DE BIENESTAR PSICOLÓGICO EN ADULTOS CON DMT2

A partir de la revisión de la literatura científica, la evidencia indica que existen relaciones importantes entre las variables que son objeto de estudio de la presente investigación. Estas relaciones se pueden fundamentar, en el caso del estrés y el afrontamiento, mediante la Teoría Transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984). El concepto de afrontamiento remite a los esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza el individuo con el propósito de hacer frente al estrés. González y Landero (2007), mencionan que la definición del estrés, a partir de esta perspectiva, incluye la evaluación y el afrontamiento, los cuales poseen un papel mediador que determinan la intensidad, duración y tipo de las respuestas psicológicas y somáticas, que enfatiza el papel activo del individuo ante los procesos de estrés. El papel del afrontamiento de tipo religioso en enfermedades crónicas, ha destacado por una relación positiva con el ajuste psicológico, elevados o moderados niveles de bienestar (Becker et al., 2006), y que se ha entendido como una estrategia de afrontamiento activa para sobrellevar la enfermedad, comprobado mediante análisis de regresión (Quiceno & Vinaccia, 2013), es considerado un importante predictor del bienestar psicológico (Skok et al., 2006).

En relación con lo anterior, variables positivas como la resiliencia, el afrontamiento religioso y la espiritualidad han demostrado tener una relación significativa (González-Arratia, 2016), ya que promueven emociones positivas y pueden servir como marcos protectores de la salud mental (Quiceno & Vinaccia, 2013). Asimismo, mediante análisis de regresión múltiple, se ha comprobado que la resiliencia es considerada una variable predictora del bienestar psicológico (Castro et al., 2016a, 2016b).

Derivado de lo anterior y de manera inicial, se plantea un modelo teórico explicativo del bienestar psicológico, que pretende proporcionar evidencia de la relación entre las variables de estudio, a partir de una circunstancia vital (la diabetes mellitus tipo 2 en hombres y mujeres de 30 a 80 años), que detona la experiencia del estrés y respuestas de afrontamiento. Aunado a lo anterior, la resiliencia (entendida como una capacidad) se hace presente, cuando el individuo se enfrenta a una situación adversa y que es valorada como amenazante para su propia integridad y por lo tanto amenaza su nivel de bienestar (bienestar psicológico).

A partir de este planteamiento y de los referentes teóricos, el objetivo del presente estudio está encaminado a evaluar la relación entre el estrés percibido y la resiliencia, afrontamiento religioso y la espiritualidad, y la relación de estas a su vez, como variables mediadoras, del bienestar psicológico de

hombres y mujeres de 30 a 80 años con diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de México. Lo anterior a través de un modelo hipotético explicativo del bienestar psicológico en la población ya descrita.

Capítulo 2. Método

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) se ha convertido en un problema importante de salud pública y un reto importante de los sistemas de salud a nivel mundial. En México, la Federación Mexicana de Diabetes (FMD, 2018), reportó 105,574 muertes ocurridas por la enfermedad, cerca de siete mil muertes más ocurridas en comparación con el 2015 (en 2015 se reportaron 98,521 muertes relacionadas con la diabetes). Se prevé que la cifra aumente en los siguientes años, debido a que el 90% de los casos de diabetes se relaciona con el sobrepeso y la obesidad, en este sentido, México tiene una elevada prevalencia en sobrepeso y obesidad (hasta el 2016 la prevalencia en hombres es de 69.4% y en mujeres es de 72.7%), considerados como factores de riesgo para el desarrollo de la diabetes. En la actualidad la DMT2 representa una de las comorbilidades con mayor riesgo de cuadro clínico grave y muerte por COVID-19 (Yu et al., 2021).

Asimismo, desde la Psicología, específicamente desde la Psicología de la salud y la Psicología Positiva, y con fundamento en el cambio del modelo biomédico al modelo biopsicosocial de la salud, existe la necesidad de profundizar en el estudio de las variables psicológicas que inciden sobre la salud física y mental, y que se relacionan con la promoción de la calidad de vida y el bienestar psicológico de las personas con enfermedades crónicas, específicamente DMT2, al ser una de las enfermedades con mayor prevalencia y que mayores costos genera en todos los niveles.

En este contexto, se han desarrollado diversas investigaciones sobre las variables que inciden sobre el bienestar psicológico de las personas con este padecimiento. La evidencia ha reportado, que las personas con DMT2, que manifiestan altos niveles de bienestar psicológico, también presentan niveles bajos de estrés percibido, observado en mayor medida en mujeres que en hombres (Lostanau et al., 2017), moderados a altos niveles de resiliencia, (Becker & Newsom, 2005; Cal, et al., 2015) también observada en mayor medida en mujeres (Castro et al., 2016a), y afrontamiento religioso y espiritual en donde al parecer no existen diferencias en cuanto al género (Quiceno & Vinaccia, 2011a; 2011b; 2013). Asimismo, se ha documentado que la espiritualidad es un recurso psicológico que provee de significado y mitiga el impacto de la enfermedad (Moura et al., 2020) tanto en hombres como en mujeres. En cuanto al bienestar psicológico, González y Marrero (2017), señalan en sus hallazgos que, las mujeres tienden a

manifestar una mayor puntuación en bienestar psicológico, mayor felicidad y relaciones positivas con los otros, en comparación con los hombres, sin embargo, se señala que el sexo masculino también fue predictor de emociones positivas. Por otra parte, en el mismo estudio, González y Marrero (2017) reportaron que, las personas de mayor edad mostraron mayores niveles de bienestar psicológico, por lo que uno de los objetivos en el presente estudio, estará encaminado a analizar las puntuaciones y diferencias de bienestar psicológico entre hombres y mujeres.

Las variables mencionadas, son contempladas como factores de protección para la salud mental y física, mismas que hacen énfasis en menores niveles de depresión y de somatización, así como en afrontamiento funcional y adaptativo (Kralik et al, 2006; Quiceno et al., 2011a; 2011b) que favorecen la adherencia al tratamiento y la adaptación a la enfermedad (Becker & Newsom, 2005).

De ahí que, en personas afectadas con DMT2, el estrés y las emociones percibidas pueden tener consecuencias importantes sobre la enfermedad y su control (Ledón, 2011), ocasionando una serie de trastornos fisiológicos en el organismo (Hernández et al., 2009), dejándolo más vulnerable. La persona con DMT2, al percibir situaciones estresantes, a nivel fisiológico ocurre una interacción de hormonas (como el cortisol, la adrenalina y el glucagón), las cuales ejercen un aumento de glucosa en sangre, arriba de lo normal (Guevara et al., 2015). Aunado a lo anterior, la complejidad y las demandas del tratamiento (responsabilidades en el manejo del tratamiento), la incertidumbre sobre posibles complicaciones, los sentimientos de frustración ante el control y evolución de la enfermedad, situaciones estresantes de la vida cotidiana y la condición de enfermo crónico (Hernández et al., 2009), influyen en la aparición de ansiedad y depresión (Chiu et al., 2010).

Al respecto, la evidencia sobre la resiliencia, reconoce que es una variable que está implicada en la mejora de la salud física y mental, en diversos procesos de enfermedad, incluyendo la DMT2 (Kralik, Van Loon & Visentin, 2006). La intervención en pacientes con DMT2 desde la resiliencia, posibilita la atención integral de las personas afectadas, ya que el tratamiento, además de atender los síntomas de la enfermedad, contempla y promueve las potencialidades del individuo para responder de manera activa y autogestiva a los desafíos de la vida diaria (García & Domínguez, 2013; Kusnanto et al., 2020), lo que le permitirá un afrontamiento adaptativo y mayor control de la enfermedad, así como mayor calidad de vida.

En relación con lo anterior, el uso de recursos de afrontamiento significa en la persona enferma, el equilibrio entre las demandas a las que se enfrenta debidas a la enfermedad y sus capacidades para afrontarlas. El afrontamiento dirigido a la solución activa y positiva del problema, se ha asociado con una mejor adaptación al tratamiento del enfermo (Rivera et al., 2009). En este sentido, el afrontamiento

religioso es considerado un recurso importante para afrontar la enfermedad y situaciones de duelo (Rivera-Ledezma & Montero, 2007; Rivera et al., 2009; Vinaccia et al., 2012), ya que incide sobre el bienestar psicológico en enfermos crónicos (Baldacchino & Buhagiar, 2003; Becker et al., 2006; Büssing et al., 2007; Vinaccia & Orozco, 2005). En relación con lo anterior, la espiritualidad ha llamado la atención de los investigadores debido a su asociación con la salud mental y física y a su relación con el bienestar de las personas con enfermedad (Mashhadi, 2018; Stefanek et al., 2005). Se ha comprobado que el bienestar espiritual influye en la disminución del impacto adverso del estrés sobre el bienestar del individuo (Arslan & Yıldırım, 2021).

Por lo tanto y de acuerdo con las proyecciones epidemiológicas en México con respecto a la prevalencia de la DMT2, por un lado, y en consideración al impacto positivo de variables psicológicas implicadas en el bienestar psicológico, por otro, cabe plantear la posibilidad de contribuir a generar evidencia teórica y empírica, que permita a los profesionales de la salud, diseñar intervenciones psicológicas dirigidas a promover y fortalecer mecanismos psicológicos, con el propósito de mejorar la salud física, y sobre todo el bienestar psicológico de la población adulta con este tipo de padecimiento. En este sentido, en el presente estudio, se propone la evaluación de un modelo teórico explicativo del bienestar psicológico a partir del estrés percibido, la resiliencia, el afrontamiento religioso y la espiritualidad en adultos hombres y mujeres con DMT2.

Por lo tanto, y en función de lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál será la relación entre el estrés percibido y la resiliencia, el afrontamiento religioso y la espiritualidad y estas a su vez, cómo median la relación con el bienestar psicológico en adultos hombres y mujeres de 30 a 80 años con DMT2 del Estado de México?

2.2 RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La relevancia de llevar a cabo la presente investigación, radicó principalmente en los datos sobre la alta incidencia y prevalencia de DMT2, a nivel mundial y específicamente en México, así como en la necesidad del estudio de las variables psicológicas que inciden sobre el estado de salud, física y mental, de las personas con este padecimiento.

Dado que las enfermedades crónicas están relacionadas con una elevada comorbilidad psicológica y psiquiátrica, ya que existen elevados índices de depresión y estrés (Mishra et al., 2020; Nikolaus et al., 2021; Rivera et al., 2009), es necesario indagar sobre los mecanismos que coadyuvan a llevar a las personas afectadas a afrontar de una forma adaptativa su enfermedad, que incremente los niveles de bienestar psicológico y su calidad de vida. El estudio del bienestar psicológico cobra importancia al considerarse una variable psicológica que está relacionada directamente con la salud física y mental, así como con la calidad de vida (García & González, 2007; Macías et al., 2013 Vázquez et al., 2009). La literatura ha hecho énfasis en que el bienestar psicológico (Matus & Barra, 2013; Skok et al., 2006), así como la resiliencia (González-Arratia et al., 2009) y el afrontamiento religioso (González & Pagán, 2018; Rivera-Ledezma & Montero, 2007) tienden a expresarse en conductas a favor del mantenimiento de la salud, así como en sus efectos a nivel físico y psíquico. Por otra parte, la experiencia del estrés en una enfermedad crónica como la DMT2, implica una serie de consecuencias fisiológicas negativas para el individuo (Egede & Dismuke, 2012), que fueron descritas con anterioridad, y que agravan la condición de la persona afectada. Por lo tanto, resulta imprescindible partir del análisis y descripción del mismo, y su relación con el uso de estrategias de afrontamiento, en el caso del presente estudio de tipo religioso-espiritual, las cuales han demostrado ser efectivas en el afrontamiento adaptativo de la enfermedad (Rivera-Ledezma & Montero, 2007). Asimismo, es relevante evaluar la resiliencia de los adultos con este padecimiento, debido al papel de esta en la salud física (González-Arratia et al., 2009) y a que representa un factor para el manejo de enfermedades crónicas en el futuro (Becker & Newson, 2005), además de ser un importante predictor de la salud mental.

A pesar de la evidencia teórica (González et al., 2018; Sandoval, 2019) y empírica (Oviedo & Reidl, 2007), en México aún son escasos los estudios que analizan el papel de variables como estrés percibido, resiliencia, afrontamiento religioso y/o espiritual y bienestar psicológico, en conjunto, específicamente en adultos con DMT2, por lo que las aportaciones relacionadas con el funcionamiento de variables que inciden sobre el bienestar psicológico de personas con este padecimiento, son relevantes para el campo de conocimiento en el que se inserta esta investigación.

En vista del problema de salud pública que representa la DMT2 en México, se considera que el presente estudio, constituye una posibilidad de contribuir al conocimiento sobre las variables psicológicas que explican el bienestar psicológico en adultos con este tipo de padecimiento. Por lo anterior, se pretende que en el futuro se diseñen y se apliquen programas de intervención psicológica en los que el objetivo primordial sea promover el bienestar psicológico y la calidad de vida de los individuos, ajustándose así a los objetivos primarios del tratamiento, los cuales se centran en disminuir la sintomatología y retrasar las complicaciones y discapacidad debidas a la enfermedad (Oviedo & Reidl, 2007). Asimismo, constituye una propuesta de un modelo teórico y empírico, que pretende analizar en qué medida el bienestar psicológico de adultos con DMT2 se explica a través del estrés percibido, resiliencia, el afrontamiento religioso y la espiritualidad.

En general, se requiere conocimiento básico sobre las variables que inciden sobre el bienestar psicológico de las personas con DMT2, de tal forma que los profesionales de la salud tengan la posibilidad de desarrollar acciones encaminadas a la prevención, control y educación en torno a la enfermedad.

2.3 OBJETIVOS DE ESTUDIO

2.3.1 Objetivo general

Evaluar la relación entre el estrés percibido y la resiliencia, el afrontamiento religioso, y la espiritualidad y la relación de estas a su vez, como posibles variables mediadoras entre el estrés percibido y el bienestar psicológico de hombres y mujeres de 30 a 80 años con DMT2 en el Estado de México.

2.3.2 Objetivos específicos

- Describir las puntuaciones de estrés percibido, resiliencia, afrontamiento religioso, espiritualidad y bienestar psicológico en una muestra de hombres y mujeres de 30 a 80 años con DMT2 en el Estado de México.
- Comparar las puntuaciones de estrés percibido, resiliencia, afrontamiento religioso, espiritualidad y bienestar psicológico, según sexo y edad, en una muestra de hombres y mujeres de 30 a 80 años con DMT2 en el Estado de México.
- Analizar la relación entre estrés percibido, resiliencia, afrontamiento religioso, espiritualidad y bienestar psicológico en una muestra de hombres y mujeres de 30 a 80 años con DMT2 en el Estado de México.
- Analizar el papel de la resiliencia, el afrontamiento religioso y la espiritualidad como variables mediadoras en la relación entre el estrés percibido y el bienestar psicológico en una muestra de hombres y mujeres de 30 a 80 años con diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de México.

2.4 HIPÓTESIS

H1. El estrés percibido se relaciona con la resiliencia, el afrontamiento religioso y la espiritualidad y éstas a su vez son mediadoras en la relación entre estrés percibido y el bienestar psicológico de hombres y mujeres de 30 a 80 años con DMT2 en el Estado de México (Figura 5)

Ho. El estrés percibido no se relaciona con la resiliencia, el afrontamiento religioso y la espiritualidad y éstas a su vez no son mediadoras en la relación entre estrés percibido y el bienestar psicológico de hombres y mujeres de 30 a 80 años con DMT2 en el Estado de México.

Figura 5

Propuesta de modelo hipotético de bienestar psicológico en adultos con DMT2



H2. Existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de estrés percibido, resiliencia, afrontamiento religioso, espiritualidad y bienestar psicológico, según sexo y edad, en una muestra de hombres y mujeres de 30 a 80 años con DMT2 en el Estado de México.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de estrés percibido, resiliencia, afrontamiento religioso, espiritualidad y bienestar psicológico, según sexo y edad, en una muestra de hombres y mujeres de 30 a 80 años con DMT2 en el Estado de México.

H3. Existe relación negativa estadísticamente significativa entre estrés percibido y resiliencia, afrontamiento religioso y espiritualidad en una muestra de hombres y mujeres de 30 a 80 años con DMT2 en el Estado de México.

Ho. No existe relación negativa estadísticamente significativa entre estrés percibido y resiliencia, afrontamiento religioso y espiritualidad en una muestra de hombres y mujeres de 30 a 80 años con DMT2 en el Estado de México.

H4. Existe relación negativa estadísticamente significativa entre estrés percibido y bienestar psicológico en una muestra de hombres y mujeres de 30 a 80 años con DMT2 en el Estado de México.

Ho. No existe relación negativa estadísticamente significativa entre estrés percibido y bienestar psicológico en una muestra de hombres y mujeres de 30 a 80 años con DMT2 en el Estado de México.

H5. Existe relación positiva estadísticamente significativa entre resiliencia, afrontamiento religioso y espiritualidad con bienestar psicológico en una muestra de hombres y mujeres de 30 a 80 años con DMT2 en el Estado de México.

Ho. No existe relación positiva estadísticamente significativa entre resiliencia, afrontamiento religioso y espiritualidad con bienestar psicológico en una muestra de hombres y mujeres de 30 a 80 años con DMT2 en el Estado de México.

H6. El estrés percibido, la resiliencia, el afrontamiento religioso y la espiritualidad son predictores del bienestar psicológico en una muestra de hombres y mujeres de 30 a 80 años con DMT2 en el Estado de México.

Ho. El estrés percibido, la resiliencia, el afrontamiento religioso y la espiritualidad no son predictores del bienestar psicológico en una muestra de hombres y mujeres de 30 a 80 años con DMT2 en el Estado de México.

2.5 VARIABLES

Se presentan a continuación en las tablas 2 y 3 las variables de estudio y las variables sociodemográficas que caracterizaron a la muestra. Se encuentra una descripción de la definición conceptual y operacional de cada variable de estudio.

Tabla 2*Variables de estudio*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Estrés percibido	Percepción que el individuo tiene y realiza a partir de los estímulos del entorno que no son en sí mismo estresantes, sino que desencadenan una respuesta de estrés en función de la interpretación subjetiva de los mismos, de acuerdo con los postulados del Modelo Transaccional del Estrés (Lazarus & Folkman, 1984)	Escala de Estrés Percibido (PSS-14). Versión de Cohen et al. (1983), adaptada en México por González y Landero (2007). Evalúa el grado en que una persona valora como estresantes los acontecimientos de su vida durante el último mes, consta de 14 ítems con opción de respuesta en escala tipo Likert de 5 puntos, que va de 0 (nunca) a 4 (muy a menudo), esta dividida en dos dimensiones 1) a favor del control y 2) pérdida de control, con alfa de Cronbach de .83 en la primera dimensión (42.8% varianza explicada) y de .78 en la segunda (53.2% varianza explicada). (Anexo G.3).
Resiliencia	Capacidad del individuo para adaptarse y ajustarse a través de la combinación y/o interacción entre sus atributos (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos) que lo posibilitan para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva (González-Arratia, 2016)	Cuestionario de Resiliencia, desarrollado por González-Arratia (2016) para evaluar el grado de resiliencia de la persona mediante 32 reactivos y con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos, que va de 1 (nunca) a 5 (siempre). Está conformado por tres dimensiones: 1) factores protectores internos (14 reactivos), 2) factores protectores externos (11 reactivos) y 3) empatía, (7 reactivos). Posee índice de confiabilidad alfa de Cronbach de .92 para el puntaje total del cuestionario, con varianza explicada de 37.82%. (Anexo G.4).
Afrontamiento religioso	El afrontamiento religioso se define como las diferentes formas de entender y manejar los eventos negativos de la vida que guardan relación con lo sagrado (González & Pagán, 2018)	Inventario de Estrategias de Afrontamiento Religioso (IEAR). Desarrollada y validada en Puerto Rico por González y Pagán (2018) evalúa el grado en que una persona hace uso estrategias de tipo religioso, consta de 12 reactivos en una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos, que va de 0 (nada) a 4 (totalmente). Está dividida en dos dimensiones 1) estrategias internas (6 reactivos) y 2) estrategias externas (6 reactivos). Posee un índice de confiabilidad alfa de Cronbach de .95 del puntaje total. La varianza total explicada fue de 64.52%. (Anexo G.5).

Espiritualidad	Fenómeno multidimensional que es experimentado de manera universal, en parte socialmente construido y desarrollado individualmente a través de la vida, integrado por tres dimensiones (Delaney, 2005)	Escala de Espiritualidad (SS). Validada en población de Puerto Rico por González et al. (2017) a partir de la escala desarrollada en inglés por Delaney (2005). Evalúa la dimensión espiritual de la población adulta a través de 15 reactivos que cuentan con una escala de respuesta tipo Likert de 6 puntos, que va de 1 (fuertemente en desacuerdo) a 6 (fuertemente de acuerdo). Consta de tres dimensiones: 1) Poder Superior/Inteligencia Universal (6 reactivos), 2) Relaciones con otros (4 reactivos) y 3) Autodescubrimiento (5 reactivos). Posee un índice de confiabilidad alfa de Cronbach de .92 para el puntaje total de la escala y varianza explicada de 72.87%. (Anexo G.6).
Bienestar psicológico	Constructo multidimensional compuesto por seis dimensiones que abarcan formas tanto individuales como sociales respecto al sujeto, manera de estar y de interactuar con los otros y en el mundo, la valoración que hace de sus capacidades y significado que otorga a su realidad (Díaz, et. al., 2006)	Escala de Bienestar Psicológico (SPWB). Versión traducida al español por Díaz et al. (2006) a partir de la versión propuesta por Van Dierendonck (2004) de la escala de Ryff. Evalúa el nivel de bienestar psicológico de una persona a través de un modelo multidimensional. Está compuesta por 29 reactivos con un formato de respuesta tipo Likert de 6 puntos, que va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo). Está dividida en seis dimensiones: 1) Autoaceptación (4 reactivos), alfa de Cronbach de .84; 2) Relaciones positivas con los (5 reactivos), alfa de Cronbach de .78; 3) Autonomía (6 reactivos), alfa de Cronbach de .70; 4) Dominio del entorno (5 ítems), alfa de Cronbach de .82; 5) Crecimiento personal (4 reactivos), alfa de Cronbach de .71; 6) Propósito en la vida (5 reactivos), alfa de Cronbach de .70. La varianza total explicada fue de 75.73%. (Anexo G.7).

Tabla 3*Variables sociodemográficas de caracterización de la muestra*

Variables sociodemográficas	Definición conceptual	Definición operacional
Edad	Número de años del individuo	Cuestionario de datos generales y sociodemográficos
Sexo	Características biológicas y anatómicas del individuo que lo identifican como hombre o mujer	Cuestionario de datos generales y sociodemográficos
Estado civil	Condición civil del individuo	Cuestionario de datos generales y sociodemográficos
Escolaridad. Nivel de estudios	Nivel de estudios alcanzado	Cuestionario de datos generales y sociodemográficos
Religión	Religión que profesa la persona	Cuestionario de datos generales y sociodemográficos
Tiempo aproximado desde su diagnóstico	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el momento de la presente investigación	Cuestionario de datos generales y sociodemográficos
Comorbilidad	Padecimiento que se haya presentado al mismo tiempo o posterior al diagnóstico de la DMT2	Cuestionario de datos generales y sociodemográficos

2.6 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Con el propósito de darle cumplimiento al objetivo general del presente estudio, se partió de la metodología cuantitativa con un alcance explicativo, de acuerdo con Hernández et al. (2014). También es de carácter comparativo, dado que se compararon las variables de estudio en función del sexo. El diseño, de acuerdo con Hernández, et al. (2014) fue no experimental, ya que no existió manipulación deliberada de las variables, se observaron en su contexto natural. Se trató de un estudio de corte transversal, ya que los datos se recolectaron en un solo momento, en un tiempo único (Hernández et al., 2014), de tipo correlacional y explicativo, ya que se pretendió determinar la relación causal entre las variables de estudio.

2.7 PARTICIPANTES

2.7.1 Universo de trabajo

Para el presente estudio, el universo de trabajo fue representado por la población con DMT2, determinado con base en la prevalencia de esta enfermedad en el Estado de México que, de acuerdo con los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2018), es de 9%; en el Estado de México se reportó una población de 65377 personas con diagnóstico previo de DMT2.

2.7.2 Muestra

El tipo de muestreo fue no probabilístico, por conveniencia (Hernández, et al., 2014). También, de acuerdo con Hernández et al., (2014), se utilizó el muestreo por cadena o en redes “bola de nieve”, donde a partir de los participantes que fueron integrándose a la muestra se contactó con otras personas con la posibilidad de incluirlos en el estudio. El tamaño de la muestra se calculó con base en la prevalencia de esta enfermedad en el Estado de México (en una población de 65377 individuos con diagnóstico de DMT2), el cual se realizó en el programa Decision Analyst Stats versión 2.0, conforme a la recomendación de Hernández et al., (2014), con una proporción próxima al 50% con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 0.5%.

La muestra estuvo conformada por un total de 405 participantes con rango de edad de 30 a 78 años ($M=56.15$, $DE=10.54$) el 46.7% son hombres y el 53.3% mujeres con diagnóstico de DMT2 residentes

del Estado de México. En cuanto a la modalidad de aplicación el 69.1% (n=280) fue de forma directa-presencial y el 30.9% (n=125) fue en línea. En la Tabla 4 se observa la proporción de mujeres y hombres que aceptaron participar en el estudio, así como el estado civil, donde se observa que la mayor parte reportan ser casados (52.3%). En cuanto a la escolaridad, los porcentajes mayores se reportan en cuanto a los niveles máximos de secundaria (25.4%), primaria (21%) y licenciatura (17.3%).

Tabla 4
Características sociodemográficas de la muestra

Características	N (405)	%
Edad	M=56.15; DE=10.54	30-78 (Min-Max)
30 a 39	27	6.7
40 a 49	87	21.5
50 a 59	139	34.3
60 a 69	104	25.7
70 a 79	48	11.9
Sexo		
Hombres	189	46.7
Mujeres	216	53.3
Estado civil		
Soltero	23	5.7
Casado	212	52.3
Unión libre	18	4.4
Viudo	53	13.1
Divorciado	47	11.6
Separado	52	12.8
Escolaridad		
Analfabeta	5	1.2
Primaria	85	21.0
Secundaria	103	25.4
Preparatoria	68	16.8
Carrera técnica	67	16.5
Licenciatura	70	17.3

Posgrado	7	1.7
Ocupación		
Oficio	133	32.8
Comercio (Actividad Empresarial)	59	14.6
Ámbito de la salud	6	1.5
Ámbito de la educación	47	11.6
Profesional/Empleado	16	4.0
Ama de casa	103	25.4
Jubilado/pensionado	41	10.1
Religión		
Católica	317	78.3
Cristiana	28	6.9
Mormón	2	.5
Testigo de Jehová	21	5.2
Otro	37	9.1

2.7.3 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Inclusión

- Tener diagnóstico de DMT2 en condiciones físicas y cognitivas que le permitieran responder los instrumentos, además de acceder voluntariamente a participar.
- Edad comprendida a partir de los 30 a 80 años.
- Firma de consentimiento informado

Exclusión

- Adultos que no manifestaran en ese momento la condición física y/o cognitiva necesaria para responder los instrumentos.
- Adultos que no desearon participar.
- Adultos que no firmaron el consentimiento informado

Eliminación

- Instrumentos con llenado incompleto.

2.8 INSTRUMENTOS

La recolección de los datos, se llevó a cabo a través de los siguientes instrumentos:

1. Cuestionario de datos generales y sociodemográficos. Diseñado con el propósito de recabar información sociodemográfica del participante (Anexo G.2).

2. Escala de Estrés Percibido (PSS-14). Se utilizó la versión de Cohen et al. (1983), adaptada a la población mexicana por González y Landero (2007), quienes señalan que utilizaron la versión de 14 reactivos traducida por Remor y Carrobles (2001). Esta escala evalúa el grado en que una persona valora como estresantes los acontecimientos de su vida durante el último mes, se compone de 14 ítems con opción de respuesta en escala tipo Likert de 5 puntos, que va de 0 (nunca) a 4 (muy a menudo), esta dividida en dos dimensiones 1) a favor del control, que se refiere al grado en que la persona percibe tener control de las circunstancias que vive (7 reactivos); y 2) pérdida de control, referente a la percepción de no tener control sobre los eventos estresantes (7 reactivos). Los autores de esta versión adaptada reportaron índices de confiabilidad alfa de Cronbach de .83 en la primera dimensión y de .78 en la segunda dimensión, la varianza explicada para la dimensión a favor del control fue de 42.8% y para la dimensión pérdida del control fue de 53.2%. Los índices resultantes del AFC de la estructura y de dos factores indicaron un buen ajuste, $\chi^2/df=2.64$, CFI=.916, TLI=.900, RMSEA=.067. En la presente investigación se obtuvieron índices de confiabilidad alfa de Cronbach y coeficiente omega de McDonald de .886 y .889, respectivamente, para el puntaje total de la escala, así como .850 y .853 para la dimensión a favor del control y para la dimensión pérdida del control los valores fueron .811 y .814. Se obtuvo una varianza explicada de 24.86% en la primera dimensión y de 18.64% en la segunda dimensión, la varianza total explicada fue de 43.51%. El AFC con la estructura de dos factores expuso valores similares a los reportados por los autores de la adaptación y que son evidencia de un buen ajuste en la muestra de estudio, $\chi^2/df=2.71$, CFI=.942, TLI=.927, RMSEA=.065. (Anexo G.3).

3. Cuestionario de Resiliencia. Desarrollado por González-Arratia (2016) para evaluar el grado de resiliencia de la persona mediante 32 reactivos y con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos, que va de 1 (nunca) a 5 (siempre). Está conformado por tres dimensiones: 1) factores protectores internos, referentes a las habilidades para la solución de problemas, consta de 14 reactivos, 2) factores protectores externos, comprenden la posibilidad de contar con apoyo social de personas significativas, consta de 11 reactivos y

3) empatía, que se refiere al comportamiento altruista y prosocial del individuo, consta de 7 reactivos. La autora reportó un índice de confiabilidad alfa de Cronbach de .92 para el puntaje total del cuestionario, para la dimensión factores protectores internos de .91, para la dimensión factores protectores externos fue de .74 y para la dimensión empatía fue de .78. También la autora advierte que los resultados obtenidos mediante AFE arrojaron una solución de tres factores, $KMO=.90$, $p<.001$, con varianza explicada de 37.82%. En la presente investigación se obtuvieron los índices de confiabilidad alfa de Cronbach y coeficiente omega de McDonald de .966 y .967, respectivamente, para el puntaje total del cuestionario, de .937 y .938 para la primera dimensión, de .921 y .923 para la segunda dimensión y de .878 y .878 para la tercera dimensión. La varianza explicada de la primera dimensión fue de 23.59%, de la segunda dimensión fue de 19.99% y para la tercera dimensión fue de 13.28%. La varianza total explicada fue de 56.87%. A través del AFC del modelo tridimensional del cuestionario se evidenció un ajuste moderado con valores ligeramente por debajo de lo sugerido por Byrne (2010), $\chi^2/df=3.50$, $CFI=.887$, $TLI=.873$ y de $RMSEA=.079$. (Anexo G.4).

4. Inventario de Estrategias de Afrontamiento Religioso (IEAR). Escala desarrollada y validada en población de Puerto Rico por González y Pagán (2018) cuyo propósito es evaluar el grado en que una persona hace uso estrategias de tipo religioso, consta de 12 reactivos en una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos, que va de 0 (nada) a 4 (totalmente). Está dividida en dos dimensiones 1) estrategias internas, referente a estrategias cognitivas, como orar o rezar (6 reactivos) y 2) estrategias externas, referente a las estrategias conductuales como leer la biblia o libros religiosos (6 reactivos). Los autores de esta escala obtuvieron un índice de confiabilidad alfa de Cronbach de .95 del puntaje total, mientras que para la dimensión estrategias internas fue de .96 y para estrategias externas fue de .92. El AFC del modelo de dos factores arrojó un buen ajuste según los valores obtenidos, $\chi^2=162.67$, $p<.001$, con un $CFI=.97$, $TLI=.96$ y $RMSEA=.08$. En la presente investigación se obtuvieron los índices de confiabilidad alfa de Cronbach y el coeficiente omega de McDonald de .934 y .936, respectivamente, para el puntaje total de la escala, de .928 y .929 para estrategias internas y de .887 y .881 para estrategias externas. La varianza explicada para la primera dimensión fue de 36.44%, mientras que para estrategias externas fue de 28.07%. La varianza total explicada fue de 64.52%. Los resultados del AFC indicaron un buen ajuste de la estructura bifactorial de la escala con valores de $\chi^2/df=3.311$, $CFI=.971$, $TLI=.959$ y de $RMSEA=.076$. (Anexo G.5).

5. Escala de Espiritualidad (SS). Se utilizó la versión validada en población de Puerto Rico por González et al. (2017) a partir de la escala desarrollada en inglés por Delaney (2005). Esta escala evalúa la dimensión

espiritual de la población adulta a través de 15 reactivos que cuentan con una escala de respuesta tipo Likert de 6 puntos, que va de 1 (fuertemente en desacuerdo) a 6 (fuertemente de acuerdo). Se compone de tres dimensiones: 1) Poder Superior/Inteligencia Universal, que hace referencia a la creencia de un poder superior o en el universo mismo (6 reactivos), 2) Relaciones con otros, se refiere a que la espiritualidad se experimenta dentro de las relaciones basadas en profundo respecto (4 reactivos) y 3) Autodescubrimiento, hace referencia a la búsqueda personal de significado y propósito (5 reactivos). Los autores de la validación obtuvieron un índice de confiabilidad alfa de Cronbach de .92 para el puntaje total de la escala, para la primera dimensión fue de .94, para la segunda dimensión fue de .89 y para la tercera dimensión fue de .80. EL AFE mostró un modelo de tres factores, KMO=.91, $p < .001$, con una varianza explicada de 72.87%. En la presente investigación se obtuvieron índices de confiabilidad alfa de Cronbach y el coeficiente omega de McDonald de .909 y .914, respectivamente, para el puntaje total de la escala, para la primera dimensión los valores fueron .873 y .877, para la segunda dimensión fueron de .755 y .762 y para la tercera dimensión fueron de .785 y .793. Mediante el AFC de la estructura trifactorial de la escala se evidenció un buen ajuste con valores de $\chi^2/df=2.72$, CFI=.948, TLI=.934 y de RMSEA=.065. (Anexo G.6).

6. Escala de Bienestar Psicológico (SPWB). Se utilizó la versión traducida al español por Díaz et al. (2006) a partir de la versión propuesta por Van Dierendonck (2004) de la escala de Ryff. Esta escala mide el nivel de bienestar psicológico de una persona a través de un modelo multidimensional. Está compuesta por 29 reactivos con un formato de respuesta tipo Likert de 6 puntos, que va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo). Está dividida en seis dimensiones: 1) Autoaceptación, evalúa la actitud positiva hacia sí mismo que implica la consciencia de las limitaciones, consta de 4 reactivos y un índice de confiabilidad alfa de Cronbach de .84; 2) Relaciones positivas con los otros, permite identificar la capacidad del individuo para establecer y mantener relaciones sociales estables y confiables, consta de 5 reactivos, y alfa de Cronbach de .78; 3) Autonomía, evalúa la capacidad de la persona de mantener su propia individualidad en diferentes contextos sociales, consta de 6 reactivos y alfa de Cronbach de .70; 4) Dominio del entorno, se refiere a la forma en que el individuo evalúa que tiene dominio y competencia, control de arreglos complejos en actividades externas, empleo eficiente de oportunidades, consta de 5 ítems y un alfa de Cronbach de .82; 5) Crecimiento personal, evalúa la capacidad del individuo de generar sus propias condiciones para el continuo desarrollo de sus potencialidades, consta de 4 reactivos y un alfa de Cronbach de .71; 6) Propósito en la vida, evalúa en que medida el individuo establece metas y las creencia de que la vida tiene sentido, consta de 5 reactivos y un alfa de Cronbach de .70. En los resultados de AFC los autores

reportaron evidencia indicadores de buen ajuste al modelo de seis factores, con valores de $\chi^2=615.76$, $df=345$, $AIC=788.16$, $CFI=.95$, $SRMR=.05$ y de $RMSEA=.04$. En la presente investigación se obtuvieron índices de confiabilidad alfa de Cronbach y coeficiente omega de McDonald de .966 y de .968, respectivamente, en la escala global. Para cada una de las dimensiones los valores de precisión son los siguientes: 1) Autoaceptación .901 y .901; 2) Relaciones positivas con los otros .967 y .968; 3) Autonomía .917 y .921; 4) Dominio del entorno .941 y .943; 5) Crecimiento personal .851 y .864; y 6) Propósito en la vida .950 y .950. La varianza total explicada fue de 75.73%. El AFC de la estructura multidimensional de la escala mostró indicadores de un buen ajuste con valores de $\chi^2/df=2.32$, $CFI=.964$, $TLI=.958$ y de $RMSEA=.057$. (Anexo G.7).

2.9 PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DE DATOS

Dado que la aplicación de los instrumentos coincidió con la fase aguda de la pandemia por Covid-19, todas las escalas que se aplicaron en el presente estudio, incluyendo el formato de consentimiento informado, se elaboraron en un formulario de la plataforma Google Forms para su distribución y aplicación de forma electrónica, la cual se realizó a través de redes sociales como WhatsApp, Facebook y correo electrónico utilizando principalmente, en esta etapa del proceso, la técnica de muestreo por cadena o en redes “bola de nieve” (Hernández, et al., 2014), como se mencionó en el apartado de muestra. Posteriormente, cuando las condiciones dadas por la emergencia sanitaria así lo permitieron, se procedió a realizar aplicaciones de forma presencial e individual, con el apoyo y uso de las instalaciones de cuatro dependencias gubernamentales de carácter público. Lo anterior se llevó a cabo en apego a los criterios sanitarios del momento (uso de implementos de higiene y seguridad personal como cubrebocas, careta, gel antibacterial y sanitizante para los bolígrafos que se emplearon). Se informó acerca de los objetivos del estudio y se firmó o aceptó (en el caso de las aplicaciones de forma electrónica) el consentimiento informado previo a la participación. Finalmente, se procedió a la identificación de la muestra final de acuerdo con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

2.10 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS

En primera instancia, se llevaron a cabo análisis descriptivos de todas las escalas en donde se obtuvieron valores de la media, desviación estándar, asimetría y curtosis. Se analizó la distribución de los

datos (ajuste a la normalidad univariada y multivariada) mediante dos métodos: el primero de ellos fue la prueba Kolmogorov-Smirnov ($p < .05$) con corrección Lilliefors (George y Mallery, 2020) para cada una de las escalas y sus dimensiones; el segundo fue a partir de los índices de asimetría y curtosis sobre el error estándar de cada uno de los valores de cada ítem que, según lo sugerido por Tabachnick y Fidell (2013), el valor resultante debe ser $\leq |3.29|$.

Posteriormente y con el propósito de corroborar la estructura subyacente de cada uno de los constructos evaluados en la muestra de estudio, que permite una mayor precisión de la variable, y debido a que dos de los instrumentos fueron validados en muestras Latinoamericanas, específicamente en Puerto Rico (Inventario de Estrategias de Afrontamiento Religioso-IEAR y Escala de Espiritualidad-SS), se realizó análisis factorial exploratorio (AFE) en todas las escalas con rotación ortogonal tipo varimax mediante el método mínimos cuadrados no ponderados, método utilizado principalmente por la falta de normalidad de los datos (George & Mallery, 2020; Hair et al., 1999). Se llevó a cabo también análisis factorial confirmatorio (AFC) con la finalidad de conocer los índices de bondad de ajuste de los instrumentos. Los indicadores y criterios que se consideraron para llevar a cabo este análisis se describen en el apartado correspondiente.

De las variables objeto de estudio se llevó a cabo lo siguiente:

- Análisis estadísticos descriptivos (Hernández et al., 2014), como distribución de frecuencias, medidas de tendencia central, desviación estándar, asimetría y curtosis con la finalidad de conocer las características de la población bajo estudio y su distribución.
- Análisis de diferencias en las variables de estudio propuestas a través de: t de Student con el propósito de analizar si existen diferencias, según el sexo y ANOVA para analizar diferencias según la edad (Hernández et al., 2014).
- Análisis de correlación a través de la Correlación de Pearson, con la intención de determinar el grado de relación entre las variables de estudio (Hernández et al., 2014).
- Análisis de regresión lineal múltiple con el propósito de inferir a partir del conjunto de variables independientes del estudio (estrés percibido, resiliencia, afrontamiento religioso y espiritualidad), el nivel existente en la variable dependiente (bienestar psicológico) (Hernández et al., 2014) y verificar el grado de contribución en la explicación de la varianza de cada variable a la variable dependiente.

- Análisis de mediación a través de un modelo de ecuaciones estructurales para verificar la estructura del modelo hipotético propuesto, y examinar el ajuste del modelo de medida a los datos empíricos, los criterios que se consideraron se describen en el apartado correspondiente.

Los análisis estadísticos correspondientes se llevarán a cabo en el programa IBM SPSS versión 26, Amos versión 26 y Jamovi para el cálculo del coeficiente omega de McDonald.

2.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se apegó al Código Ético del Psicólogo (2009), donde se señala que el psicólogo no participará en actividades en las que haya posibilidad de que sus habilidades, datos o resultados se usen indebidamente. También se señala que tiene la responsabilidad de planear y conducir investigación de manera consciente, de acuerdo con las leyes federales y estatales, así como las normas profesionales que gobiernan la conducción de la investigación, particularmente aquellas normas que regulan la investigación con participantes humanos y animales. Se proporcionó información adecuada y pertinente tanto para los participantes del estudio, como para la comunidad científica. A los participantes del estudio se les garantizó confidencialidad. En el mismo tenor, de acuerdo con el Código Ético del Psicólogo (2009), se hizo uso de la carta de consentimiento informado, de tal forma que el participante del estudio obtuvo información significativa y concerniente al procedimiento cuando accedió por voluntad propia a participar en él (Ver carta de consentimiento, Anexo G.1)

La Declaración de Helsinki (2013) hace énfasis en que el progreso médico se basa en la investigación, la cual ha de ser en beneficio de las personas, por lo que se pretende que ésta mejore las intervenciones a nivel de prevención, diagnóstico y tratamiento, priorizando los derechos de las personas participantes. Por lo que se suscribe lo siguiente: debe ser llevada a cabo por personas calificadas, debe hacerse una evaluación de riesgos del participante, que en su caso, se informará de los mismos, prevaleciendo los derechos e integridad de los participantes. Se debe mantener la confidencialidad y privacidad de la persona. La persona que participe en un estudio también debe estar informada de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos, por lo que su participación debe ser voluntaria, accediendo mediante el consentimiento informado, el cual puede ser revocado en cualquier momento sin perjuicio alguno para el participante.

Finalmente, es importante señalar que este estudio contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación del Instituto de Estudios sobre la Universidad de la Universidad Autónoma del Estado de México, con registro No. 2020/P09 (Anexo D).

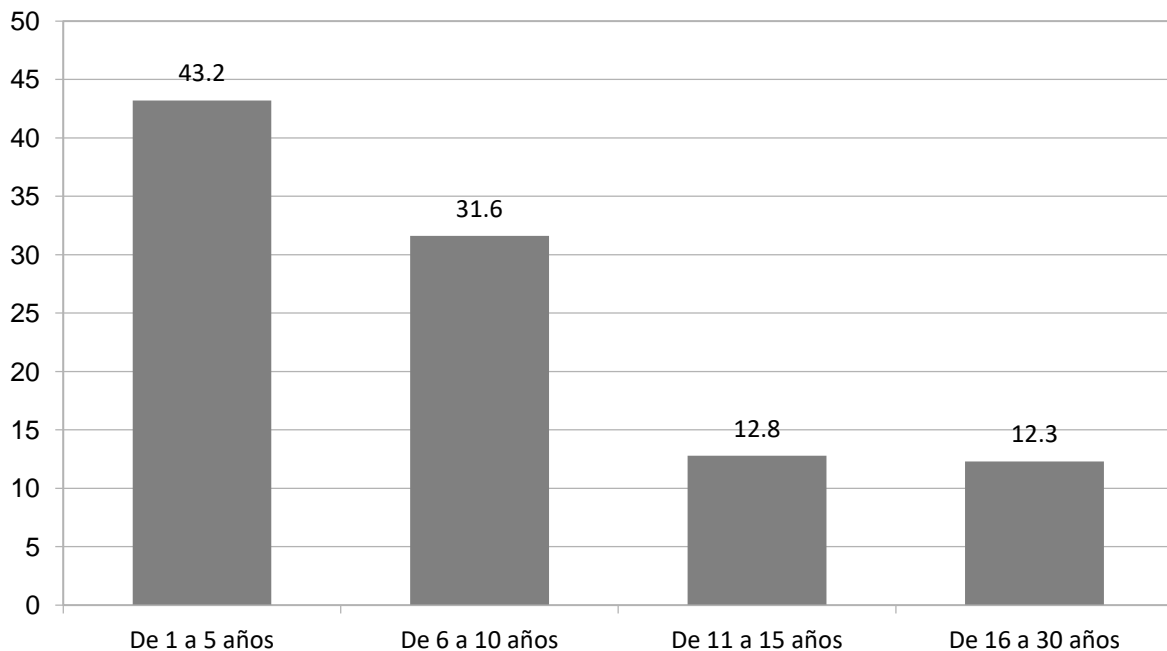
Capítulo 3. Resultados

3.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

Como parte de la información sociodemográfica, también se cuestionó sobre los años que han transcurrido a partir de la fecha del diagnóstico. Un porcentaje de 43.2% (n=175) de los participantes se ubica en un rango de 1 a 5 años a partir de haber recibido su diagnóstico, el 31.6% (n=128) de 6 a 10 años, el 12.8% (n=52) de 11 a 15 años, y un porcentaje del 12.3% (n=50) se ubica en un rango de 16 a 30 años a partir del diagnóstico. En la figura 6 se presentan los datos al respecto

Figura 6

Años transcurridos a partir del diagnóstico de DMT2



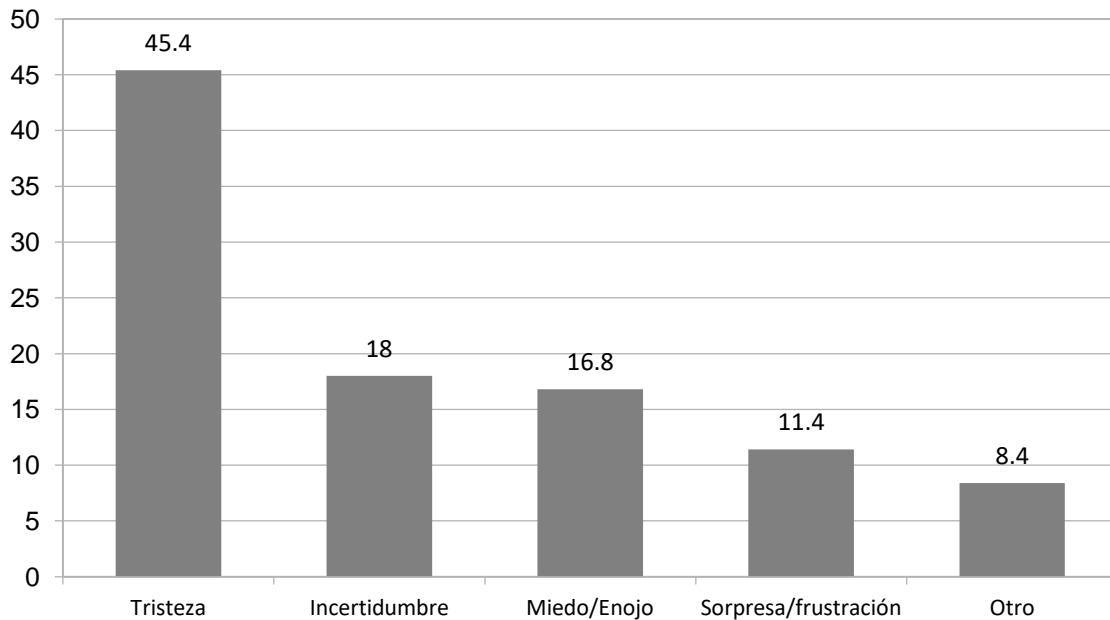
Nota: N=405

En relación a la pregunta de cuáles fueron las emociones experimentadas en el momento del diagnóstico, en la figura 7 se observa que el 45.4% (n=184) reportó experimentar tristeza, el 18% (n=73) mencionó experimentar incertidumbre, el 16.8% (n=68) reportó el miedo como emoción experimentada,

el 11.4% (n=46) reportó la sorpresa y la frustración como emociones mientras que el 8.4% (n=34) reporta emociones tales como enojo, desesperanza, algunos participantes señalaron sentirse normal al respecto, incluso el diagnóstico era algo que ya esperaban.

Figura 7

Porcentajes referentes a emociones experimentadas respecto al diagnóstico de DMT2



Nota: N=405

Del total de la muestra estudiada el 45.67 % (n=185) reportaron tener el diagnóstico de otro padecimiento. De este porcentaje, la mayor parte (n=168, 90.8%) reportaron padecer algún trastorno comprendido dentro del síndrome metabólico, entre los que se señala la hipertensión, triglicéridos y el colesterol. El 9.1% (n=17) indicaron padecer enfermedades como hipotiroidismo, bocio, hepatitis, osteoporosis y falla renal.

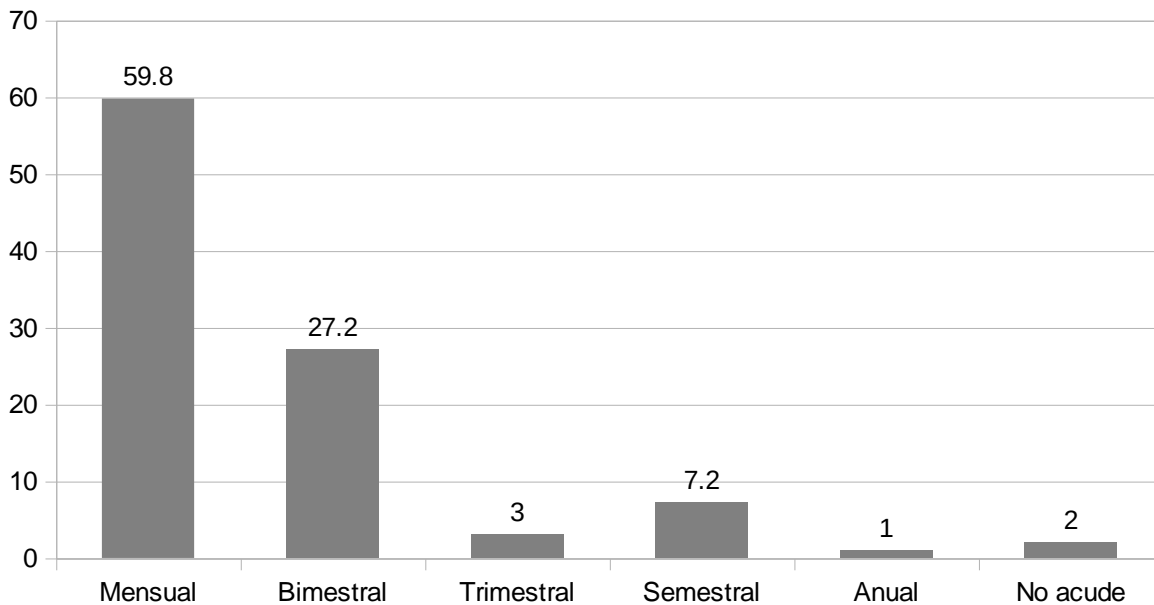
En cuanto a la pregunta de las dificultades percibidas con respecto a la enfermedad, fueron seguir una alimentación adecuada con el 36.8% de la población (n=149); el 27.2% (n=110) señaló tener dificultades con las consecuencias, entre las que se mencionaron: la pérdida de un miembro del cuerpo por amputación, la pérdida gradual de la vista y el deterioro de las relaciones familiares; mientras que el

19% (n=77) manifestó dificultades para sobrellevar los síntomas derivados de la enfermedad; y finalmente el 17% (n=69) reportó tener dificultades con la medicación y seguir las recomendaciones del médico.

Con respecto a la frecuencia con la que los participantes acuden a atención médica con el propósito de llevar control de su enfermedad, la información que se muestra en la figura 8 indica que el 59.8% (n=242) de la muestra acude mensualmente a recibir atención médica, el 27.2% (n=110) acude de forma bimestral, el 7.2% (n=29) de forma semestral, el 3% (n=12) de forma trimestral, solo el 1% (n=4) acude de forma anual, mientras que el 2% (n=8) indicó que no acude a control médico.

Figura 8

Frecuencia con que los participantes acuden a atención médica para el control de su enfermedad



Nota: N=405

Para la pregunta sobre cuáles son las acciones o mecanismos personales utilizados para el control de la enfermedad, la mayor parte señaló que la enfermedad se trata de regular mediante la toma de medicamento y la alimentación (57.5%, n=233), mientras que el 40.7% indicó que es principalmente por la combinación de alimentación y ejercicio (n=165); un porcentaje menor (1.7%, n=7) indicó que no hace nada para regular su enfermedad.

3.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVOS Y DE DISTRIBUCIÓN DE LAS ESCALAS

Se obtuvo en primer lugar los datos de la media, desviación estándar, asimetría y curtosis de cada uno de los ítems de todas las escalas con el propósito de analizar su distribución. Los resultados indican que para la escala de Escala de Estrés Percibido (González & Landero, 2006) los valores de la media se ubican en un puntaje bajo, mientras que para el Cuestionario de Resiliencia (González-Arratia, 2016) los valores tienden a ser de moderados a altos. En el caso del Inventario de Estrategias de Afrontamiento Religioso (González & Pagán, 2018) los valores de la media que se observaron son de bajos a moderados mientras que para la Escala de Espiritualidad (González et al., 2017) las medias de los ítems fluctuaron entre 3.87 a 5.37 valores de medios a altos. Finalmente, para la escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Díaz et al., 2006), los valores de la media que se observan son de medios a altos (para mayor detalle ver Anexo A).

Los resultados obtenidos a partir de los análisis descriptivos descritos indican la falta de normalidad, en lo que respecta a los valores observados de los índices de asimetría y curtosis sobre el error estándar y con base en el valor sugerido por Tabachnick y Fidell (2013). En lo que se refiere a la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) con la corrección de Lilliefors se observó que los valores son significativos ($p < .001$) por lo que se proporciona evidencia de la falta de normalidad también a través de este método. A pesar de la falta de normalidad, se procedió con análisis paramétricos sin realizar transformación de los datos con base en lo recomendado por Moral de la Rubia (2006) y por Tabachnick y Fidell (2013), quienes señalan que un análisis se interpreta a partir de las variables que se encuentran en él y las variables transformadas a veces son difíciles de interpretar.

3.3 ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO (AFE)

EL AFE para todas las escalas se llevó a cabo a través del método mínimos cuadrados no ponderados con rotación ortogonal tipo varimax con la intención de analizar el ajuste de los reactivos a las dimensiones teóricas subyacentes de cada instrumento. Como evidencia de validez de los instrumentos se calculó la medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el porcentaje de varianza explicada. Se obtuvo también evidencia de confiabilidad mediante el alfa de Cronbach (George & Mallery, 2020) y el coeficiente Omega de McDonald, considerado como una medida de precisión más robusta (Caycho-Rodríguez & Ventura-León, 2017; Zhang & Yuan, 2016), los resultados se presentan en la tabla 5. Como se puede observar, de acuerdo con George y Mallery (2020) y Hair et al. (1999) todas las escalas presentan valores adecuados en lo que concierne a la medida KMO, que fluctuaron entre .894 (estrés percibido) y .955 (resiliencia) y un porcentaje de varianza explicada satisfactorio. En lo que se refiere los resultados de confiabilidad mediante el índice alfa de Cronbach y el coeficiente Omega de McDonald los valores fueron aceptables para todas las escalas (para mayor detalle ver Anexo B).

Tabla 5
Valores de validez y precisión de las escalas

Escala	KMO	Varianza explicada (%)	Alfa de Cronbach	Omega de McDonald
Estrés Percibido	.894	43.51	.886	.889
Resiliencia	.955	56.87	.966	.967
Afrontamiento religioso	.921	64.52	.934	.936
Espiritualidad	.921	50.33	.909	.914
Bienestar Psicológico	.949	75.53	.966	.968

Fuente: elaboración propia

3.4 ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO (AFC)

Para valorar el ajuste de la estructura subyacente de los constructos evaluados se emplearon los siguientes índices y criterios:

a) Medidas de ajuste absoluto: Chi-cuadrado (χ^2) valor $p > .05$ (Byrne, 2010; Hair et al., 1999; Tabachnick & Fidell, 2013); Chi-cuadrado (χ^2) entre los grados de libertad (df) χ^2/df valores < 2 o 3 (Byrne, 2010; Hair et al., 1999); índice de bondad de ajuste (Goodnes of Fit Index [GFI]) valores $\geq .95$ o $\geq .90$ (Byrne, 2010; Hair et al., 1999) y la raíz media cuadrática residual estandarizada (Standardized Root Mean Square Residual [SRMR]) valor $< .80$ (Hu & Bentler, 1999; Tabachnick & Fidell, 2013).

b) Medidas de ajuste incremental: índice de ajuste normal (Normed Fit Index [NFI]) $> .90$ (Hair et al. 1999) o $> .95$ (Byrne, 2010; Hopper et al., 2008), el índice Tucker-Lewis (TLI) $\geq .95$ (Byrne, 2010; Hu & Bentler, 1999; Tabachnick & Fidell, 2013) o $\geq .90$ (Hair et al., 1999; Hopper et al., 2008) y el índice de ajuste comparativo (Comparative Fit Index [CFI]) $\geq .95$ (Byrne, 2010; Hu & Bentler, 1999) o $\geq .90$ (Hair et al., 1999)

c) Medidas de ajuste de parsimonia: índice de bondad ajustado (Adjusted Goodnes of Fit Index [AGFI]) $\geq .90$ (Hopper et al., 2008; Tabachnick & Fidell, 2013) y el error cuadrático medio de aproximación (Root Mean Square Error of Aproximation [RMSEA]) $< .06$ (Hu & Bentler, 1999) o $< .08$ (Byrne, 2010).

Para todas las escalas y con la intención de mejorar los modelos obtenidos en primera instancia, fue necesario realizar reespecificaciones con base en los índices de modificación, la información que se presenta se resume en la tabla 6. En el caso de estrés percibido con el modelo bifactorial se observaron valores similares a los reportados por los autores de la adaptación, que podrían indicar un buen ajuste de la escala $\chi^2/df=2.71$ ($p < .05$), CFI=.942, TLI=.927, RMSEA=.065, con base en los criterios de Byrne (2010), Hair et al. (1999) y Hu y Bentler (1999).

Para el cuestionario de resiliencia los índices arrojaron valores por debajo de lo esperado, de acuerdo con los criterios establecidos por Byrne (2010), por lo que se presenta una ligera discrepancia entre el modelo conceptual y los resultados de este estudio, por lo que fue necesario considerar los índices de modificación. El AFC del modelo trifactorial de la escala mostró un ajuste marginal con valores

ligeramente por debajo de lo sugerido por Byrne (2010), Hair et al. (1999), Hu y Bentler (1999) y Tabachnick y Fidell (2013), $\chi^2/df=3.50$, CFI=.887, TLI=.873 y de RMSEA=.079. En el caso del inventario de estrategias de afrontamiento religioso, el AFC confirmó la estructura bifactorial de la escala y un buen ajuste con valores de $\chi^2/df=3.311$, CFI=.971, TLI=.959 y de RMSEA=.076. Los índices de ajuste resultantes para la escala de espiritualidad confirmaron su estructura trifactorial y un buen ajuste con valores de $\chi^2/df=2.72$, CFI=.948, TLI=.934 y de RMSEA=.065. Finalmente, los resultados de AFC para la escala de bienestar psicológico mostraron un ajuste adecuado según lo señalado por Byrne (2010) y Hu y Bentler (1999) con valores de $\chi^2/df=2.32$, CFI=.964, TLI=.958 y de RMSEA=.057 (para mayor detalle en la información ver Anexo C).

Tabla 6*Índices de bondad de ajuste de las escalas*

Índice de ajuste	χ^2	χ^2/df	GFI	SRMR	NFI	TLI	CFI	AGFI	RMSEA
Estrés percibido	195.599***	2.717	.936	.0452	.912	.927	.942	.907	.065
Resiliencia	1547.527***	3.501	.786	.0577	.849	.873	.887	.744	.079
Afrontamiento religioso	152.311***	3.311	.944	.0328	.959	.959	.971	.906	.076
Espiritualidad	223.809***	2.729	.931	.0414	.921	.934	.948	.899	.065
Bienestar psicológico	812.209***	2.321	.881	.0622	.938	.958	.964	.852	.057

Fuente: elaboración propia

Nota: χ^2 = chi cuadrado; $p < .05$ ***; df= grados de libertad; GFI= índice de bondad de ajuste; SRMR=raíz media cuadrática residual estandarizada; NFI= índice de ajuste normal; TLI= Índice Tucker-Lewis; CFI= Índice de Ajuste Comparativo; AGFI=índice de bondad ajustado; RMSEA= error medio cuadrático de aproximación

3.5 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES OBJETO DE ESTUDIO

Los valores estadísticos descriptivos de cada variable y de sus dimensiones se detallan en la Tabla 7. De acuerdo con los valores obtenidos, las personas que integraron la muestra de estudio presentaron niveles bajos a moderados de estrés percibido ($M = 19.39$, $DE = 7.87$), niveles altos de resiliencia ($M = 127.21$, $DE = 21.97$), de bajo a moderado uso de estrategias de afrontamiento de tipo religioso ($M = 24.28$, $DE = 11.12$), moderados a altos niveles de espiritualidad ($M = 70.87$, $DE = 10.56$) y moderados a altos niveles de bienestar psicológico ($M = 139.67$, $DE = 21.11$).

Como se aprecia, por medio de los índices de asimetría y curtosis, los datos proporcionan evidencia de la falta de distribución normal, excepto en la variable afrontamiento religioso y sus dos dimensiones. Por otra parte, la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov con corrección Lilliefors resultó significativa ($p < .001$), por lo que también aportó evidencia de la falta de normalidad. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, se procedió con análisis paramétricos sin realizar transformación de los datos con base en lo recomendado por Moral de la Rubia (2006) y por Tabachnick y Fidell (2013).

Tabla 7

Valores estadísticos descriptivos de las variables objeto de estudio

Variable	Min.-Máx	M	DE	Asimetría	Curtosis
Estrés Percibido	1-56	19.39	7.87	6.09	12.05
Factor 1(a favor del control)	0-28	11.29	4.48	6.71	9.22
Factor 2 (pérdida de control)	0-28	8.10	4.22	3.53	9.97
Resiliencia	64-158	127.21	21.97	-1.088	.432
Factor Protector Interno	28-70	55.99	9.92	-1.145	.581
Factor Protector Externo	22-55	43.96	8.07	-.979	.204
Factor Empatía	13-35	27.22	5.40	-.833	-.214
Afrontamiento Religioso	0-48	24.28	11.12	-.99	-2.41
Estrategias Internas	0-24	14.89	6.21	-2.65	-2.53

Estrategias Externas	0-24	9.39	5.87	1.80	-1.82
Espiritualidad	35-90	70.87	10.56	-6.38	2.75
Poder superior/Inteligencia Universal	6-36	27.70	5.78	-7.51	5.78
Relaciones con otros	16-24	21.11	2.11	-3.93	-.83
Autodescubrimiento	8-30	22.05	3.96	-5.54	3.73
Bienestar Psicológico	59-174	139.67	21.11	-5.02	.198
Autoaceptación	12-24	20.31	2.82	-4.33	-2.74
Relaciones positivas	9-30	23.40	5.65	-6.77	-1.12
Autonomía	8-36	27.52	5.70	-4.80	-.219
Dominio del entorno	9-30	23.69	4.37	-6.45	1.84
Crecimiento personal	8-24	20.07	3.12	-5.32	.169
Propósito en la vida	10-30	24.66	4.28	-7.91	3.35

Nota: N=405

3.6 ANÁLISIS DE COMPARACIÓN DE MEDIAS

Se realizó un análisis de comparación de medias mediante la prueba t de Student con la finalidad de registrar los niveles existentes en cada una de las variables objeto de estudio en función del sexo (ver Tabla 8). Los resultados indican, en el caso de estrés percibido y sus dos dimensiones, que no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. En cuanto a la resiliencia, se observan diferencias estadísticamente significativas en el factor empatía con una media ligeramente más elevada en las mujeres; en el puntaje total de la escala y en las dimensiones factor protector interno y factor protector externo no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres. En afrontamiento religioso se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el puntaje total de la escala, así como en cada una de sus dimensiones, la media más alta corresponde a las mujeres. En lo que respecta a la variable espiritualidad se observaron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión poder superior/ inteligencia universal, con una media más elevada en las mujeres, en tanto en el puntaje total de la escala, así como en el resto de las dimensiones no se observaron diferencias. Finalmente, en la variable bienestar psicológico, se reportaron diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones (excepto en relaciones positivas) así como en el puntaje total de la escala donde se observa un valor de la media más elevado en los hombres.

Tabla 8

Comparación de medias de cada una de las variables en función del sexo

Variable	Hombres (n=189)		Mujeres (n=216)		t	p
	M	DE	M	DE		
Estrés Percibido	19.28	7.98	19.49	7.78	-.261	.794
Factor 1(a favor del control)	11.49	4.44	11.11	4.52	.865	.388
Factor 2 (pérdida de control)	7.78	4.22	8.37	4.21	-1.406	.160
Resiliencia	126.53	22.21	127.81	21.80	-.581	.561
Factor Protector Interno	56.29	10.21	55.74	9.68	.554	.580
Factor Protector Externo	43.73	7.95	44.22	7.95	-.611	.541

Factor Empatía	26.51	5.55	27.84	5.20	-2.484	.013
Afrontamiento Religioso	20.86	10.89	27.27	10.46	-6.032	≤.001
Estrategias Internas	13.01	6.08	16.54	5.85	-5.934	≤.001
Estrategias Externas	7.85	5.61	10.73	5.77	-5.067	≤.001
Espiritualidad	70.34	10.78	71.33	10.37	-.942	.347
Poder superior/Inteligencia Universal	26.99	6.03	28.33	5.50	-2.320	.021
Relaciones con otros	21.13	2.10	21.09	2.12	.213	.831
Autodescubrimiento	22.21	3.92	21.91	4.00	.759	.448
Bienestar Psicológico	145.21	19.64	134.81	21.20	5.120	≤.001
Autoaceptación	20.75	2.66	19.93	2.91	2.925	.004
Relaciones positivas	23.97	5.44	22.89	5.79	1.933	.054
Autonomía	29.64	4.75	25.66	5.83	7.545	≤.001
Dominio del entorno	24.32	4.06	23.13	4.57	2.771	.006
Crecimiento personal	20.76	2.99	19.46	3.12	4.255	≤.001
Propósito en la vida	25.75	3.91	23.70	4.37	4.977	≤.001

Nota: N=405; $p \leq .05$

Debido a que se presentaron diferencias entre hombres y mujeres en la dimensión empatía de la variable resiliencia, y en la mayor parte de las dimensiones de la variable bienestar psicológico y de afrontamiento religioso, se procedió a realizar análisis de correlación y predicción, primeramente de la muestra total y posteriormente de hombres y mujeres por separado, estos análisis se presentan en el apartado correspondiente.

3.7 ANÁLISIS DE VARIANZA

Se llevó a cabo el análisis de comparación de medias mediante ANOVA unidireccional con el propósito de analizar las diferencias en cada una de las variables objeto de estudio en función de la edad (ver Tabla 9). Los resultados muestran que en el caso de estrés percibido ($F=2.082$, $p=.082$), afrontamiento religioso ($F=.571$, $p=.684$) y espiritualidad ($F=1.718$, $p=.145$) no se observan diferencias estadísticamente significativas, mientras que en la variable resiliencia ($F=3.478$, $p=.008$) y bienestar psicológico ($F=3.487$, $p=.008$) si se presentaron diferencias estadísticamente significativas en función de la edad de los participantes. En el caso de la variable resiliencia se puede advertir que el valor de la media es más alto para el grupo de edad 1 con rango de 30 a 39 años ($M=135.40$, $DE=12.70$) y decrece conforme el rango de edad aumenta, por lo que puede asumirse que son los adultos jóvenes quienes poseen mayor nivel de resiliencia que y esta disminuye conforme la edad aumenta. En la variable bienestar psicológico el valor de la media más elevado se presenta en el grupo 1 con rango de edad de 30 a 39 años ($M=143.37$, $DE=20.40$) y al igual que en resiliencia, el valor de la media decrece conforme aumenta el rango de edad, solo en el grupo 3 con el rango de edad de 50 a 59, la media es apenas ligeramente menor que el grupo. Adicionalmente se hizo el análisis post hoc mediante la prueba de contraste de Scheffé (Hair et al., 1999) considerando un nivel de significancia estadística de $p=.05$ o menor, de todas las dimensiones de todas las variables, de las cuales solo se reportaron diferencias estadísticamente significativas en el factor protector externo de la variable resiliencia (1,2,3,5, [$p<.001$]) y en las dimensiones autoaceptación (2,3,5, [$p=.002$]), dominio del entorno (3,5, [$p=.002$]) y propósito en la vida (3,5, [$p=.031$]) de la variable bienestar psicológico. Estos resultados son indicio de que los adultos jóvenes que poseen mayor nivel de resiliencia, también poseen mayor nivel de bienestar psicológico, en comparación con los adultos mayores que reportaron menores niveles en ambos constructos.

Tabla 9

Media, Desviación estándar y análisis de varianza por grupo de edad en estrés percibido, resiliencia, afrontamiento religioso, espiritualidad y bienestar psicológico

Variable	1 (30-39)		2 (40-49)		3 (50-59)		4 (60-69)		5 (70-80)		F (5,405)	P	Post Hoc
	n= (27)		n= (87)		n= (139)		n= (104)		n= (48)				
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE			
Estrés percibido	20.44	6.96	18.39	8.19	18.44	7.50	20.94	8.09	20.09	7.34	2.082	.082	--
Resiliencia	135.40	12.70	129.72	23.37	127.63	21.79	126.74	21.40	117.91	23.70	3.478	.008*	1,5 (.026*)
Afrontamiento religioso	24.07	10.31	23.86	11.34	25.15	11.63	23.16	10.43	25.08	11.29	.571	.684	--
Espiritualidad	74.96	7.61	71.56	10.70	69.90	11.91	71.26	8.84	69.27	10.65	1.718	.145	--
Bienestar psicológico	143.37	20.40	141.57	21.22	142.65	21.14	137.02	20.09	131.22	21.23	3.487	.008*	3,5 (.032*)

Nota: N= 405, $p < .05$

3.8 ANÁLISIS DE CORRELACIÓN

El análisis de correlación mediante la prueba de Pearson en la muestra total, permite observar, en primera instancia, una correlación negativa estadísticamente significativa entre el estrés percibido y las demás variables analizadas. Existe correlación positiva estadísticamente significativa, de baja a moderada, entre resiliencia y sus dimensiones, bienestar psicológico y sus dimensiones, afrontamiento religioso y sus dimensiones y espiritualidad y cada una de sus dimensiones (Tabla 10). La correlación negativa estadísticamente significativa observada entre estrés percibido y resiliencia y bienestar psicológico (y cada una de las dimensiones de estas variables) varía de .27 a .54, es más alta que la correlación observada en estrés percibido con afrontamiento religioso y espiritualidad (y cada una de las dimensiones de estas variables), las cuales van de .15 a .32. La correlación entre afrontamiento religioso y bienestar psicológico es donde se observan valores más bajos que van de .05 (correlación no significativa entre autonomía y estrategias externas de afrontamiento religioso) y .31, correlación más alta entre estas dos variables, observada entre crecimiento personal y estrategias internas de afrontamiento religioso. Las correlaciones más altas se observaron entre resiliencia y bienestar psicológico, los valores fluctuaron entre .30 a .60 en la muestra total.

Tabla 10

Correlación de Pearson entre las variables de estudio en la muestra total

Variable/Factores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1. Estrés percibido	1																				
2. Factor 1	.90**	1																			
3. Factor 2	.89**	.63**	1																		
4. Resiliencia	-.47**	-.35**	-.50**	1																	
5. Factor Protector Interno	-.46**	-.35**	-.48**	.95**	1																
6. Factor Protector Externo	-.46**	-.34**	-.49**	.94**	.84**	1															
7. Factor Empatía	-.37**	-.27**	-.40**	.89**	.77**	.81**	1														
8. Afrontamiento Religioso	-.26**	-.29**	-.18**	.34**	.35**	.28**	.29**	1													
9. Estrategias Internas	-.24**	-.25**	-.18**	.38**	.38**	.34**	.34**	.92**	1												
10. Estrategias Externas	-.24**	-.28**	-.15**	.23**	.26**	.17**	.19**	.91**	.69**	1											
11. Espiritualidad	-.32**	-.27**	-.30**	.51**	.50**	.48**	.44**	.44**	.50**	.30**	1										
12. Poder superior/ Inteligencia Universal	-.27**	-.26**	-.24**	.44**	.42**	.41**	.40**	.47**	.53**	.33**	.93**	1									
13. Relaciones con otros	-.27**	-.22**	-.27**	.41**	.43**	.40**	.31**	.28**	.32**	.18**	.76**	.61**	1								
14. Autodescubrimiento	-.30**	-.24**	-.30**	.49**	.49**	.47**	.41**	.33**	.38**	.22**	.88**	.71**	.61**	1							
15. Bienestar psicológico	-.54**	-.46**	-.52**	.57**	.55**	.56**	.46**	.26**	.25**	.22**	.50**	.44**	.38**	.49**							
16. Autoaceptación	-.52**	-.46**	-.49**	.60**	.58**	.60**	.48**	.29**	.28**	.26**	.49**	.42**	.37**	.48**	.86**	1					
17. Relaciones positivas	-.50**	-.45**	-.45**	.38**	.36**	.36**	.32**	.20**	.16**	.21**	.31**	.27**	.28**	.28**	.77**	.56**	1				
18. Autonomía	-.33**	-.25**	-.34**	.38**	.36**	.39**	.30**	.10*	.12*	.05	.36**	.31**	.26**	.37**	.79**	.62**	.42**	1			
19. Dominio del entorno	-.42**	-.38**	-.39**	.47**	.43**	.50**	.36**	.19**	.17**	.17**	.40**	.34**	.30**	.40**	.79**	.62**	.56**	.50**	1		
20. Crecimiento personal	-.45**	-.38**	-.43**	.54**	.52**	.53**	.44**	.30**	.31**	.24**	.51**	.46**	.37**	.50**	.84**	.76**	.55**	.60**	.62**	1	
21. Propósito en la vida	-.45**	-.36**	-.45**	.53**	.52**	.51**	.43**	.27**	.28**	.22**	.47**	.43**	.35**	.44**	.86**	.81**	.56**	.64**	.58**	.73**	1

Nota: N=405 * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$

1=Estrés percibido, 2=Factor 1 (A favor del control), 3=Factor 2 (Pérdida de control), 4=Resiliencia, 5=Factor Protector Interno, 6=Factor Protector Externo, 7=Factor Empatía, 8=Afrontamiento Religioso, 9=Estrategias Internas, 10=Estrategias Externas, 11=Espiritualidad, 12=Poder superior/Inteligencia Universal, 13=Relaciones con otros, 14=Autodescubrimiento 15=Bienestar psicológico, 16=Autoaceptación 17=Relaciones positivas, 18=Autonomía, 19=Dominio del entorno, 20=Crecimiento personal, 21=Propósito en la vida,

En la muestra de hombres (n=189) las correlaciones entre las variables de estudio se observan, al igual que en la muestra total, de bajas a moderadas y en algunos casos altas (Tabla 11). Las correlaciones de estrés percibido con las demás variables son como se describe a continuación: con resiliencia van desde -.32 a -.58, mientras que con afrontamiento religioso la correlación fluctúa entre -.19 a -.38, con bienestar psicológico la correlación se observa desde -.42 a -.65 y con espiritualidad va desde -.30 a -.44. Las correlaciones observadas resultantes entre resiliencia y las otras variables son las siguientes: con afrontamiento religioso fluctúan entre .18 y .44, mientras que con bienestar psicológico y espiritualidad las correlaciones van de .32 a .67 y de .31 a .52 respectivamente. Los valores de las correlaciones entre afrontamiento religioso y bienestar psicológico van de .25 a .44, también de afrontamiento religioso y espiritualidad los valores fluctúan entre .19 a .59. Los valores de correlación entre espiritualidad y bienestar psicológico se observan de .25 a .60.

Tabla 11*Correlación de Pearson entre las variables de estudio en hombres*

Variable/Factores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1. Estrés percibido	1																				
2. Factor 1	.92**	1																			
3. Factor 2	.91**	.69**	1																		
4. Resiliencia	-.55**	-.44**	-.57**	1																	
5. Factor Protector Interno	-.54**	-.44**	-.55**	.95**	1																
6. Factor Protector Externo	-.56**	-.45**	-.58**	.94**	.83**	1															
7. Factor Empatía	-.42**	-.32**	-.45**	.89**	.77**	.80**	1														
8. Afrontamiento Religioso	-.34**	-.34**	-.29**	.37**	.42**	.29**	.28**	1													
9. Estrategias Internas	-.38**	-.35**	-.34**	.41**	.44**	.35**	.33**	.93**	1												
10. Estrategias Externas	-.26**	-.28**	-.19**	.27**	.33**	.19**	.18*	.92**	.73**	1											
11. Espiritualidad	-.41**	-.36**	-.39**	.46**	.44**	.43**	.42**	.54**	.59**	.40**	1										
12. Poder superior/ Inteligencia Universal	-.37**	-.33**	-.36**	.40**	.39**	.40**	.31**	.28**	.33**	.19**	.94**	1									
13. Relaciones con otros	-.37**	-.30**	-.38**	.50**	.47**	.48**	.46**	.38**	.44**	.26**	.73**	.58**	1								
14. Autodescubrimiento	-.41**	-.36**	-.39**	.46**	.44**	.43**	.42**	.54**	.59**	.40**	.89**	.75**	.57**	1							
15. Bienestar psicológico	-.65**	-.60**	-.60**	.61**	.56**	.64**	.49**	.43**	.43**	.38**	.60**	.56**	.43**	.54**	1						
16. Autoaceptación	-.60**	-.53**	-.57**	.65**	.62**	.67**	.51**	.42**	.40**	.38**	.57**	.53**	.43**	.52**	.85**	1					
17. Relaciones positivas	-.58**	-.52**	-.55**	.43**	.38**	.46**	.36**	.31**	.31**	.27**	.43**	.40**	.36**	.36**	.80**	.57**	1				
18. Autonomía	-.47**	-.44**	-.42**	.41**	.36**	.46**	.32**	.28**	.27**	.26**	.43**	.41**	.25**	.41**	.78**	.58**	.49**	1			
19. Dominio del entorno	-.50**	-.48**	-.43**	.47**	.43**	.52**	.36**	.31**	.33**	.25**	.45**	.41**	.34**	.41**	.83**	.64**	.61**	.60**	1		
20. Crecimiento personal	-.53**	-.50**	-.47**	.55**	.50**	.55**	.47**	.44**	.44**	.38**	.60**	.58**	.36**	.55**	.81**	.72**	.56**	.56**	.61**	1	
21. Propósito en la vida	-.57**	-.49**	-.55**	.61**	.58**	.60**	.50**	.44**	.41**	.40**	.57**	.53**	.42**	.53**	.87**	.86**	.60**	.58**	.65**	.71**	1

Nota: n=189 * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$

1=Estrés percibido, 2=Factor 1 (A favor del control), 3=Factor 2 (Pérdida de control), 4=Resiliencia, 5=Factor Protector Interno, 6=Factor Protector Externo, 7=Factor Empatía, 8=Afrontamiento Religioso, 9=Estrategias Internas, 10=Estrategias Externas, 11=Espiritualidad, 12=Poder superior/Inteligencia Universal, 13=Relaciones con otros, 14=Autodescubrimiento 15=Bienestar psicológico, 16=Autoaceptación 17=Relaciones positivas, 18=Autonomía, 19=Dominio del entorno, 20=Crecimiento personal, 21=Propósito en la vida

En la muestra de mujeres (n=216) las correlaciones resultantes se presentan de bajas a moderadas en su mayoría (Tabla 12), en el caso de estrés percibido y las demás variables analizadas las correlaciones son las siguientes: con resiliencia los valores varían desde -.27 a -.43, con afrontamiento religioso los valores van desde -.10 a -.28, con bienestar psicológico los valores fluctúan entre -.18 y -.47 y con espiritualidad las correlaciones van de -.12 a -.24. Los resultados de la correlación entre resiliencia y las demás variables son: con afrontamiento religioso los valores van desde .15 a .38, con bienestar psicológico van de .29 a .58 y con espiritualidad los valores fluctúan entre .31 a .51. Las correlaciones entre afrontamiento religioso y las otras variables son: con bienestar psicológico los valores se presentan desde .09 (relación no significativa) a .35 y con espiritualidad van de .19 a .47. Los valores de correlación entre espiritualidad y bienestar psicológico van de .19 a .48.

Tabla 12

Correlación de Pearson entre las variables de estudio en mujeres

Variable/Factores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1. Estrés percibido	1																				
2. Factor 1	.89**	1																			
3. Factor 2	.88**	.58**	1																		
4. Resiliencia	-.39**	-.27**	-.43**	1																	
5. Factor Protector Interno	-.38**	-.27**	-.41**	.95**	1																
6. Factor Protector Externo	-.37**	-.25**	-.42**	.95**	.85**	1															
7. Factor Empatía	-.34**	-.23**	-.38**	.90**	.79**	.82**	1														
8. Afrontamiento Religioso	-.22**	-.24**	-.14*	.32**	.34**	.27**	.27**	1													
9. Estrategias Internas	-.15*	-.16*	-.10	.38**	.38**	.34**	.33**	.90**	1												
10. Estrategias Externas	-.24**	-.28**	-.15*	.20**	.23**	.15*	.15*	.89**	.62**	1											
11. Espiritualidad	-.21**	-.18**	-.19**	.50**	.51**	.47**	.41**	.40**	.47**	.25**	1										
12. Poder superior/ Inteligencia Universal	-.15*	-.15*	-.12	.42**	.41**	.40**	.36**	.39**	.46**	.23**	.93**	1									
13. Relaciones con otros	-.17**	-.12	-.19**	.43**	.46**	.39**	.31**	.30**	.35**	.19**	.80**	.66**	1								
14. Autodescubrimiento	-.24**	-.19**	-.23**	.49**	.51**	.46**	.39**	.33**	.38**	.21**	.88**	.69**	.64**	1							
15. Bienestar psicológico	-.65**	-.60**	-.60**	.61**	.56**	.64**	.49**	.43**	.43**	.38**	.48**	.42**	.37**	.46**	1						
16. Autoaceptación	-.60**	-.53**	-.57**	.65**	.62**	.67**	.51**	.42**	.40**	.38**	.44**	.37**	.33**	.46**	.86**	1					
17. Relaciones positivas	-.58**	-.52**	-.55**	.43**	.38**	.46**	.36**	.31**	.31**	.27**	.23**	.19**	.22**	.22**	.74**	.55**	1				
18. Autonomía	-.47**	-.44**	-.42**	.41**	.36**	.46**	.32**	.28**	.27**	.26**	.39**	.35**	.29**	.37**	.77**	.64**	.37**	1			
19. Dominio del entorno	-.50**	-.48**	-.43**	.47**	.43**	.52**	.36**	.31**	.33**	.25**	.38**	.33**	.28**	.39**	.75**	.59**	.51**	.43**	1		
20. Crecimiento personal	-.53**	-.50**	-.47**	.55**	.50**	.55**	.47**	.44**	.44**	.38**	.48**	.42**	.39**	.46**	.84**	.77**	.53**	.59**	.62**	1	
21. Propósito en la vida	-.57**	-.49**	-.55**	.61**	.58**	.60**	.50**	.44**	.41**	.40**	.44**	.44**	.31**	.39**	.84**	.77**	.52**	.63**	.52**	.73**	1

Nota: n=216 * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$

1=Estrés percibido, 2=Factor 1 (A favor del control), 3=Factor 2 (Pérdida de control), 4=Resiliencia, 5=Factor Protector Interno, 6=Factor Protector Externo, 7=Factor Empatía, 8=Afrontamiento Religioso, 9=Estrategias Internas , 10=Estrategias Externas, 11=Espiritualidad, 12=Poder superior/Inteligencia Universal, 13=Relaciones con otros, 14=Autodescubrimiento 15=Bienestar psicológico, 16=Autoaceptación 17=Relaciones positivas, 18=Autonomía, 19=Dominio del entorno, 20=Crecimiento personal, 21=Propósito en la vida

3.9 ANÁLISIS DE PREDICCIÓN

Se realizó análisis de predicción a través de regresión lineal múltiple por pasos (stepwise) con el objetivo de analizar el grado de explicación que aporta cada una de las variables para el bienestar psicológico de personas con DMT2, se incorporaron como variables predictoras independientes el estrés percibido, la resiliencia, el afrontamiento religioso y la espiritualidad, y como variable predicha dependiente el bienestar psicológico. Primero se llevó a cabo un modelo de regresión lineal en la muestra total (N=405) en el que se incluyó el total de la muestra y se incorporaron todas las variables. Posteriormente se llevaron a cabo dos modelos de regresión lineal, uno para la muestra de hombres (n=189) y uno para la muestra de mujeres (n=216). Adicionalmente se realizó la prueba Durbin-Watson con el propósito de analizar los residuos en la estimación de la predicción.

3.9.1 Modelo de regresión lineal de la muestra total

Primeramente, se describen los resultados del modelo de regresión lineal múltiple a través del método por pasos en la muestra total, donde se incorporó como variable dependiente el puntaje total de bienestar psicológico y como variables independientes o predictoras los puntajes totales de estrés percibido, resiliencia, afrontamiento religioso y espiritualidad (Tabla 13). Se obtuvo un modelo de tres pasos, el primero de ellos incorporó la variable resiliencia ($\beta=.572$, $t=13.999$, $p<.001$), que explicó el 32.7% de la varianza; el segundo paso incorporó a la variable estrés percibido ($\beta=-.353$, $t=-8.215$, $p<.001$) que explicó el 9.7% de la varianza y, por último, en el tercer paso se incorporó la variable espiritualidad ($\beta=.253$, $t=5.936$, $p<.001$) que explicó el 4.7% de la varianza. En conjunto estas variables explican el 47% de la varianza del bienestar psicológico que, de acuerdo con Hair et al. (1999) es estadísticamente significativo. En tanto la variable afrontamiento religioso no alcanzó un valor menor a .05.

Tabla 13

Regresión lineal múltiple por pasos para la predicción del bienestar psicológico a partir del estrés percibido, resiliencia, afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos con DMT2

Paso y variables predictoras		Beta	β	95% CI	R	ΔR	t	p
1	Resiliencia	.550	.572	[.472, .627]	.327	.327	13.999	<.001
2	Estrés percibido	-.946	-.353	[-1.17, -.719]	.424	.097	-8.215	<.001
3	Espiritualidad	.506	.253	[.338, .673]	.470	.047	5.936	<.001

Nota: N=405, $R^2=.470$, $p<.01$, $F=195.965$

En lo que respecta a la prueba Durbin-Watson como diagnóstico de colinealidad ($d= 1.783$) este arrojó evidencia de la independencia de los residuos en la estimación del modelo, de acuerdo con los límites establecidos por Hair et al. (1999).

3.9.2 Modelo de regresión lineal en hombres

Para la muestra de hombres (n=189) se llevó a cabo también un modelo de regresión lineal múltiple a través del método por pasos, en el que se incorporó como variable dependiente el puntaje total de bienestar psicológico y como variables independientes o predictoras los puntajes totales de estrés percibido, resiliencia, afrontamiento religioso y espiritualidad (Tabla 14). Se obtuvo un modelo de tres pasos, el primero de ellos incorporó la variable estrés percibido ($\beta=-.656$, $t=-11.889$, $p<.001$), que explicó el 43% de la varianza; el segundo paso incorporó a la variable espiritualidad ($\beta=.388$, $t=7.104$, $p<.001$) que explicó el 12.2% de la varianza y, en el tercer paso, se incorporó la variable resiliencia ($\beta=.236$, $t=3.837$, $p<.001$) que explicó el 3.3% de la varianza. En conjunto estas variables explicaron el 58.5% de la varianza del bienestar psicológico en adultos hombres con DMT2 que, de acuerdo con Hair et al. (1999) es estadísticamente significativo, se puede observar que el estrés percibido es la variable que más aporta a la explicación de la varianza. Por su parte, al igual que en la muestra total, la variable afrontamiento religioso no alcanzó un valor menor a .05.

Tabla 14

Regresión lineal múltiple por pasos para la predicción del bienestar psicológico a partir del estrés percibido, resiliencia, afrontamiento religioso y espiritualidad en hombres con DMT2

Paso y variables predictoras	Beta	β	95% CI	R	ΔR	t	p
1 Estrés percibido	-1.614	-.656	[-1.882, -1.346]	.430	.430	-11.889	<.001
2 Espiritualidad	.707	.388	[.511, .903]	.552	.122	7.104	<.001
3 Resiliencia	.209	.236	[.101, .316]	.585	.033	3.837	<.001

Nota: N=189, $R^2=.585$, $p<.01$, $F=141.351$

En lo que respecta a la prueba Durbin-Watson ($d= 1.321$) se arrojó evidencia de la independencia de los residuos en la estimación del modelo, con base en el criterio de Hair et al. (1999).

3.9.3 Modelo de regresión lineal en mujeres

El modelo de regresión lineal múltiple para la muestra de mujeres (n=216) se llevó a cabo a través del método por pasos, donde se incorporó como variable dependiente el puntaje total de bienestar psicológico y como variables independientes o predictoras los puntajes totales de estrés percibido, resiliencia, afrontamiento religioso y espiritualidad (Tabla 15). Se obtuvo un modelo de tres pasos, donde se incorporó, en primera instancia a la variable resiliencia ($\beta=.586$, $t=10.568$, $p<.001$), que explicó el 34.3% de la varianza; el segundo paso incorporó a la variable espiritualidad ($\beta=-.292$, $t=-5.109$, $p<.001$) que explicó el 7.2% de la varianza y, en el tercer paso, se incorporó la variable espiritualidad ($\beta=.120$, $t=4.154$, $p<.001$) que explicó el 4.4% de la varianza. En conjunto estas variables explicaron el 45.9% de la varianza del bienestar psicológico en adultos mujeres con DMT2 que, de acuerdo con Hair et al. (1999) es estadísticamente significativo. En contraste con la muestra de hombres, la variable que aporta mayor explicación de la varianza del bienestar psicológico es la resiliencia. En tanto que la variable afrontamiento religioso no alcanzó un valor menor a .05.

Tabla 15

Regresión lineal múltiple por pasos para la predicción del bienestar psicológico a partir del estrés percibido, resiliencia, afrontamiento religioso y espiritualidad en mujeres con DMT2

Paso y variables predictoras	Beta	β	95% CI	R	ΔR	t	p
1 Resiliencia	.570	.586	[.463, .676]	.343	.343	10.568	<.001
2 Estrés percibido	-.794	-.292	[-1.100, -.487]	.415	.072	-5.109	<.001
3 Espiritualidad	.496	.120	[.261, .732]	.459	.044	4.154	<.001

Nota: N=216, $R^2=.459$, $p<.01$, $F=111.677$

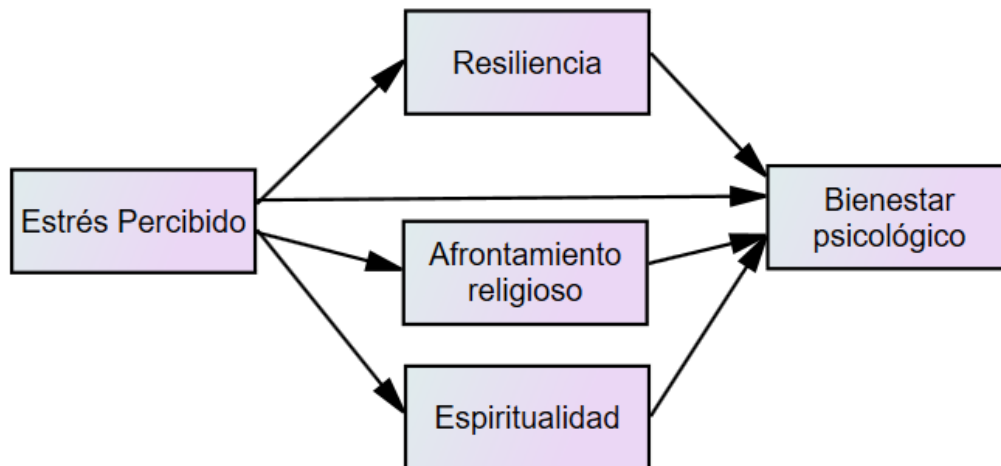
En lo que respecta a la prueba Durbin-Watson ($d= 1.919$) se arrojó evidencia de la independencia de los residuos en la estimación del modelo, de acuerdo con Hair et al. (1999).

3.10 MODELO HIPOTÉTICO DE BIENESTAR PSICOLÓGICO EN ADULTOS CON DMT2

El modelo hipotético de mediación propuesto de bienestar psicológico en adultos con DMT2 (Figura 9) se llevó a cabo a través de un modelo de ecuaciones estructurales con el método de máxima verosimilitud con la finalidad de examinar el ajuste del modelo de medida a los datos empíricos, así como comprobar la hipótesis planteada en la presente investigación. En la tabla 16 se encuentran los índices de bondad de ajuste y los criterios que se consideraron.

Figura 9

Modelo hipotético de Bienestar Psicológico en adultos con DMT2



Cabe resaltar que se tomó la decisión de conservar la variable afrontamiento religioso para verificar el modelo de mediación aún cuando esta no mostró un valor de predicción significativo hacia el bienestar psicológico, esto en virtud de la considerable evidencia que se sigue generando en torno a la relación de esta variable con los constructos propuestos en el modelo y que se expuso en el marco de referencia.

Tabla 16*Crterios de los índices de bondad de ajuste*

Índice de bondad de ajuste	Punto de corte	Autor en el que se sustenta
Chi cuadrada: χ^2, p	$P \geq .05$	(Byrne, 2010; Hair et al., 1999; Tabachnick & Fidell, 2013)
Chi cuadrada normada: χ^2/df	≤ 2 o 3	(Byrne, 2010; Hair et al., 1999)
GFI	$\geq .95$ [.90]	(Byrne, 2010; Hair et al., 1999)
SRMR	$\leq .08$	(Hu & Bentler, 1999; Tabachnick & Fidell, 2013).
NFI	$\geq .95^a$ [.90] ^b	(Hair et al. 1999) ^a (Byrne, 2010; Hopper et al., 2008) ^b
TLI	$\geq .95^a$ [.90] ^b	(Byrne, 2010; Hu & Bentler, 1999; Tabachnick & Fidell, 2013) ^a (Hair et al., 1999; Hopper et al., 2008) ^b
CFI	$\geq .95^a$ [.90] ^b	(Byrne, 2010; Hu & Bentler, 1999) ^a (Hair et al., 1999) ^b
AGFI	$\geq .90$	(Hopper et al., 2008; Tabachnick & Fidell, 2013)
RMSEA	$\leq .08^a$ [.06] ^b	(Byrne, 2010) ^a (Hu & Bentler, 1999) ^b

Fuente: elaboración propia

Posteriormente, se realizó un análisis de invarianza factorial multigrupo en hombres y mujeres, de acuerdo con Byrne (2010) y Cheung y Rensvold (2002), con el propósito de evaluar la medición de las escalas y del modelo general.

El modelo inicial, como se puede observar, no mostró un ajuste totalmente satisfactorio ($\chi^2/df=4.288$, $GFI=.881$, $SRMR=.0616$, $CFI=.926$, $RMSEA=.090$). Sin embargo, a partir de estos datos y con base en los índices de modificación fue necesario realizar una reespecificación con el objetivo de mejorar los índices de ajuste, por lo que se incluyeron covarianzas entre los errores E1 y E2, así como en los errores E12 y E14. El modelo resultante sugiere que los índices de ajuste absolutos ($SRMR=.0478$ [$\leq .08$]), incrementales ($NFI=.932$ [$\geq .90$], $CFI=.953$ [$\geq .95$]) y de parsimonia ($RMSEA=.073$ [$\leq .08$]) indican un ajuste adecuado del modelo de acuerdo con los criterios señalados (Tabla 17). Lo anterior proporciona evidencia de que los datos empíricos se ajustan al modelo de medida propuesto y que fue verificado a través de los indicadores de cada una de las escalas.

Tabla 17

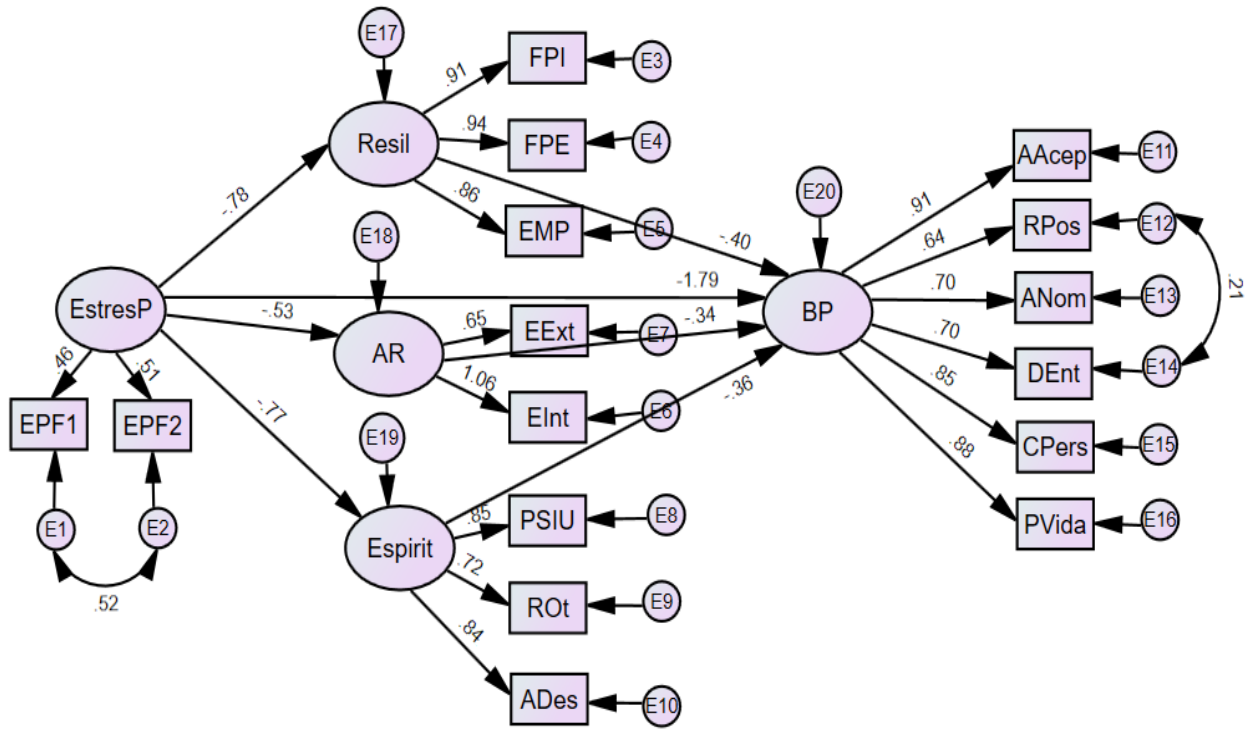
Índices de Bondad de Ajuste del modelo de Bienestar Psicológico en adultos con DMT2

Modelo	Índices Absolutos				Índices incrementales			Índices de parsimonia	
	χ^2	χ^2/df	GFI	SRMR	NFI	TLI	CFI	AGFI	RMSEA
Modelo inicial	415.888***	4.288	.881	.0616	.906	.908	.926	.833	.090
Modelo ajustado	298.543***	3.143	.915	.0478	.932	.940	.953	.878	.073

Nota: χ^2 = chi cuadrado; $p < .05$ ***; df = grados de libertad; GFI= índice de bondad de ajuste; SRMR=raíz media cuadrática residual estandarizada; NFI= índice de ajuste normal; TLI= Índice Tucker-Lewis; CFI= Índice de Ajuste Comparativo; AGFI=índice de bondad ajustado; RMSEA= error medio cuadrático de aproximación

En el modelo final de bienestar psicológico en adultos con DMT2 se observa que las variables propuestas como mediadoras (resiliencia, afrontamiento religioso y espiritualidad) entre el estrés percibido y el bienestar psicológico presentan valores estadísticamente significativos. Como variable exógena se encuentra el estrés percibido, variable inicial del modelo, y como variables endógenas se encuentran la resiliencia, afrontamiento religioso y espiritualidad que tiene el papel de variables mediadoras y como variable dependiente o predicha se encuentra el bienestar psicológico. En la Figura 10 se presenta el modelo final de mediación de bienestar psicológico en adultos con DMT2 empíricamente verificado.

Figura 10
Modelo final de Bienestar Psicológico en adultos con DMT2



Fuente: elaboración propia

Nota: EstresP=Estrés percibido, EPF1=Factor 1 (A favor del control), EPF2=Factor 2 (Pérdida de control), Resil=Resiliencia, FPI=Factor Protector Interno, FPE=Factor Protector Externo, EMP=Factor Empatía, AR=Afrontamiento Religioso, EInt=Estrategias Internas, EExt=Estrategias Externas, Espirit=Espiritualidad, PSIU=Poder superior/Inteligencia Universal, ROt=Relaciones con otros, ADes=Autodescubrimiento BP=Bienestar psicológico, AAcep=Autoaceptación, RPos=Relaciones positivas, ANom=Autonomía, DEnt=Dominio del entorno, CPers=Crecimiento personal, PVida=Propósito en la vida

3.11 ANÁLISIS DE INVARIANZA FACTORIAL

El análisis de invarianza factorial es un procedimiento que se lleva a cabo en estudios que pretenden la comparación entre dos o más grupos (por ejemplo, por sexo, edad, raza) por medio de instrumentos de evaluación. Según Byrne (2010) un grado satisfactorio de invarianza en la medición del constructo proporciona evidencia de que la existencia o ausencia de diferencias observadas es el resultado de ausencia o presencia de diferencias reales en el constructo evaluado. En contraste, si el grado de invarianza no es satisfactorio es probable que exista sesgo en la medida empleada. En este estudio, para la determinación de la invarianza factorial, se realizó un análisis factorial confirmatorio multigrupo en ecuaciones estructurales (Byrne, 2010) con la finalidad de comprobar la igualdad en la medición entre hombres y mujeres. Se evaluó progresivamente la invarianza configural (modelo sin restricciones), invarianza métrica, invarianza escalar e invarianza estricta (Byrne, 2010; Cheung y Rensvold, 2002). Una vez que los valores permitieron aceptar la invarianza configural (modelo sin restricciones, se procedió a analizar la invarianza métrica y dado que el valor obtenido de CFI es aceptable ($<.01$) de acuerdo con Cheung y Rensvold (2002), se procedió a analizar la invarianza escalar. Una vez que se aceptó el nivel de invarianza escalar, los valores para la invarianza estricta no cumplieron con el parámetro ($<.01$) por lo que se procedió con el análisis de igualdad en los indicadores. Se calculó hasta la varianza factorial estricta, sin embargo, no se observó igualdad en los errores E1 correspondiente al factor 1 de la escala de estrés percibido, E7 que corresponde a las estrategias externas del inventario de estrategias de afrontamiento religioso y E12 correspondiente a la dimensión relaciones positivas de la escala de bienestar psicológico. Mediante la liberación de los residuos en los errores mencionados se cumple con la invarianza factorial estricta de forma parcial, lo que sugiere que se trata de un modelo aceptable (Tabla 18). De acuerdo con Cheung y Rensvold (2002), los valores de los tipos de invarianza demuestran que existe evidencia de igualdad en la medición de la muestra de hombres y mujeres con base en el valor de $CFI=.940$ ($\Delta CFI=.009$, $<.01$). Por lo anterior se puede señalar que las cargas factoriales son equivalentes en ambos grupos y que las diferencias encontradas en cada uno de los constructos evaluados se pueden atribuir al sexo.

Tabla 18*Índices de invarianza de medida en la muestra de hombres y mujeres*

Tipo de invarianza	$\chi^2(df)$	RMSEA	CFI	ΔCFI	TLI	SRMR
Configural (sin restricciones)	411.993(190)	.054	.949		.936	.0539
Métrica	423.883(201)	.052	.949	0	.939	.0601
Escalar	432.653(209)	.052	.949	0	.941	.0628
Factorial estricta	440.320(213)	.052	.937	.01	.941	.0620
Factorial estricta parcial liberando residuos de los errores E1, E7 y E12	490.337(228)	.053	.940	.009	.937	.0733

Nota: χ^2 = chi cuadrado; df= grados de libertad; RMSEA= error medio cuadrático de aproximación; CFI= Índice de Ajuste Comparativo; ΔCFI = cambio en Índice de Ajuste Comparativo; TLI= Índice Tucker-Lewis; GFI= índice de bondad de ajuste; SRMR=raíz media cuadrática residual estandarizada

Capítulo 4. Discusión y Conclusiones

4.1 DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar la relación entre el estrés percibido y la resiliencia, el afrontamiento religioso, y la espiritualidad y la relación de estas a su vez, como posibles variables mediadoras, con el bienestar psicológico de hombres y mujeres de 30 a 80 años con DMT2 en el Estado de México. Este objetivo implicó evaluar estas relaciones a través de un proceso que incluyó un modelo de ecuaciones estructurales con la finalidad de comprobar la hipótesis planteada en el estudio, la cual fue que el estrés percibido se relaciona con la resiliencia, el afrontamiento religioso y la espiritualidad y éstas a su vez son mediadoras en la relación entre estrés percibido y el bienestar psicológico de hombres y mujeres de 30 a 80 años con DMT2 en el Estado de México. El modelo final de bienestar psicológico en adultos con DMT2 arrojó evidencia de un buen ajuste determinado a través de los índices de ajuste y del análisis de invarianza, lo que condujo a comprobar la hipótesis propuesta y rechazar la hipótesis nula.

Los análisis que se realizaron estuvieron orientados a la consecución de los objetivos planteados, que abordaron desde la descripción de las puntuaciones de las variables, el análisis de la comparación de estas puntuaciones en hombres mujeres, el análisis de la correlación entre las variables y finalmente el análisis del papel mediador de las variables resiliencia, afrontamiento religioso y espiritualidad entre el estrés percibido y el bienestar psicológico en adultos con DMT2 del Estado de México.

Primeramente, en cuanto a los participantes de este estudio, se puede señalar que se trató de una muestra heterogénea en lo que respecta a la escolaridad, ocupación y estado civil, aunque la mayor proporción se encontraba en situación marital (casados o en unión libre). En lo que respecta a la religión la mayor parte de la muestra se adscribió a la religión católica, lo que es un indicador de que la religión forma parte importante de la vida mexicanos (Rivera-Ledezma & Montero, 2005). El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el Censo de población y Vivienda del 2020, informó que mas de 106 millones de mexicanos declararon profesar alguna religión, en una población de 120 millones de personas; de esta cifra 90 millones profesan la religión católica. Sin embargo, la importancia de la religión en la población radica en los posibles beneficios que trae consigo (Rivera-Ledezma & Montero, 2005), posiblemente medidos en función del impacto en el bienestar de la persona enferma, como en el caso de la presente investigación, con DMT2. Dado que la mayor proporción de la muestra se adscribió a la religión católica, no se consideró pertinente realizar análisis diferenciados en función de la religión.

Sobre los resultados obtenidos del análisis factorial exploratorio y confirmatorio se pudo comprobar que todas las escalas poseen propiedades psicométricas y evidencia de validez y precisión adecuadas para la población de estudio.

En el caso de la escala de estrés percibido y con base en los índices de bondad de ajuste obtenidos, ligeramente por debajo de lo sugerido por Byrne (2010), se puede considerar un ajuste adecuado y similar al propuesto por la validación y adaptación realizada por González y Landero (2007) en población mexicana. Si bien la escala se validó en población universitaria, cuya media de edad fue de 20.48 ($DE=3.62$) (González & Landero, 2007) y en el presente estudio la media de edad de los participantes fue de 56.15 ($DE=10.54$) que además padecen DMT2, mostró propiedades psicométricas adecuadas. Esta escala ha sido utilizada en diversos países, entornos y muestras, como por ejemplo en adultos en Grecia (Katsarou et al., 2012), adultos y adultos mayores con enfermedad cardíaca en China (Leung et al., 2010), adultos mayores de Brasil (Luft et al., 2007) y adultos mayores en Estados Unidos (Ezzati et al., 2014), en donde se reportaron adecuadas propiedades psicométricas.

En lo que respecta al cuestionario de resiliencia, estos mostraron una discrepancia entre el modelo conceptual propuesto por la autora y el modelo evaluado en este estudio. Los índices de bondad de ajuste que se obtuvieron fueron menores a lo esperado y a lo sugerido por Byrne (2010) por lo que existe la posibilidad de considerar el cuestionario como un instrumento unifactorial en esta investigación, sin embargo, el análisis de la confiabilidad del instrumento arrojó un Alfa de Cronbach de .967 y un Omega de McDonald de .966, que de acuerdo con los criterios George y Mallery (2020) y Zhang y Yuan (2016) se consideran excelentes. La medición del constructo resiliencia ha sido complejo y representa un gran reto, como lo señalo en su momento Luthar y Cushing (1999), debido principalmente a la complejidad del constructo, sin embargo es importante destacar que el cuestionario de resiliencia de González-Arratia (2016) es un instrumento que ha comprobado adecuadas propiedades psicométricas además de haber sido construido en contexto mexicano, por lo que es necesario seguir analizando sus propiedades en diferentes contextos, muestras y edades.

En cuanto al inventario de estrategias de afrontamiento religioso, los resultados obtenidos permitieron confirmar la bifactorialidad del instrumento con índices de bondad de ajuste satisfactorios y en consonancia con el modelo conceptual, por lo que a partir de esto se puede decir que este instrumento es adecuado para evaluar estrategias de afrontamiento de tipo religioso internas y externas en población con DMT2. Si bien es un instrumento desarrollado y validado en población de Puerto Rico, en este estudio

mostró adecuadas propiedades psicométricas (Alfa de Cronbach de .934, Omega de McDonald de .936) que confirman la precisión del instrumento.

Por su parte, los resultados obtenidos de la escala de espiritualidad, validación realizada por González y colaboradores (2017) confirmaron la estructura de tres factores: 1) Poder superior/inteligencia universal, 2) Relaciones con otros, 3) Autodescubrimiento, lo que coincide con el modelo teórico propuesto por los autores. El modelo final presentó un ajuste moderado de acuerdo con los criterios de Byrne (2010) y con base en los valores de validez y precisión obtenidos en este estudio (Alfa de Cronbach de .909, Omega de McDonald de .914) se considera que es un instrumento adecuado para evaluar la espiritualidad en adultos con DMT2. En la revisión de la literatura hay indicios de que la escala de espiritualidad validada por González y colaboradores (2017) no ha sido muy utilizada, por lo que este estudio proporciona evidencia de sus propiedades psicométricas y abre posibilidad acerca de su consideración y aplicación en la investigación con la finalidad de evaluar el constructo espiritualidad en DMT2, en particular, y en enfermedades crónicas en general.

En lo que respecta a la escala de bienestar psicológico de Ryff, versión de 29 ítems traducida al español por Díaz y colaboradores (2006), a través de AFE y AFC se pusieron a prueba los seis factores propuestos originalmente por Ryff. En los resultados obtenidos en el AFE las cargas factoriales fueron satisfactorias para los factores 1) autoaceptación, 2) relaciones positivas, 3) dominio del entorno, 4) autonomía y 5) crecimiento personal, sin embargo, para el factor 6) propósito en la vida, las cargas factoriales resultantes fueron menores a .200, todos los ítems correspondientes al factor 6 presentaron cargas superiores a .700 en el factor 1. Aun así, se puso a prueba esta escala mediante AFC cuyos resultados, en los que fue necesario realizar una reespecificación con base en los índices de modificación, indicaron que cuatro índices de bondad de ajuste cumplieron con los parámetros indicados por Byrne (2010), que de acuerdo también con Cheung y Rensvold (2002) se sugiere un ajuste adecuado del modelo con 6 factores. Con base en los resultados y con la evidencia de la consistencia interna de la escala (Alfa de Cronbach de .966, Omega de McDonald de .968) se considera que es un instrumento adecuado para su aplicación en población con DMT2. Es un instrumento que ha sido sometido a una cantidad importante de evaluaciones que han tenido el propósito de confirmar la estructura factorial propuesta por Ryff. En México, Medina-Calvillo et al. (2013) evaluaron su estructura factorial en estudiantes universitarios, en sus hallazgos señalaron una adecuada consistencia interna del instrumento, sin embargo, la estructura factorial obtenida por los autores no coincide con la versión original de Ryff ni por la propuesta por Díaz et al. (2006), por lo anterior concluyeron que esta escala es relativamente aceptable para muestras

mexicanas. Por su parte Jurado-García et al. (2017) también evaluaron la estructura factorial de la versión traducida por Díaz et al. (2006) de 39 ítems en estudiantes universitarios, en sus hallazgos reportaron finalmente una escala de 9 ítems en total (se eliminaron 30 ítems) y una estructura de tres factores 1) crecimiento personal, 2) relaciones positivas y 3) autoaceptación, lo que llevó a los autores a concluir que en su estudio la escala difería de la propuesta por Díaz et al. (2006). Sin embargo, los autores del estudio mencionado señalan que los resultados obtenidos del análisis de fiabilidad, del AFC y de invarianza de la estructura factorial los lleva a confirmar la estructura que proponen.

Sobre los resultados obtenidos a través de la prueba t de Student, en el caso de la variable sexo, mostraron que en lo que respecta al estrés percibido, no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, en la variable resiliencia se observaron diferencias únicamente en la dimensión empatía, en la variable espiritualidad las diferencias estadísticamente significativas se observaron en la dimensión poder superior/inteligencia universal, en afrontamiento religioso hubo diferencias en las dos dimensiones (estrategias internas y estrategias externas) y en el puntaje total de la escala y finalmente en la variable bienestar psicológico se obtuvieron diferencias en todas las dimensiones (excepto en la dimensión relaciones positivas) así como en el puntaje total de la escala. En cuanto a los resultados obtenidos de la prueba ANOVA se pudieron observar diferencias estadísticamente significativas, en función de la edad, en las variables resiliencia y bienestar psicológico, mientras que en estrés percibido, afrontamiento religioso y espiritualidad no se observaron diferencias. Por lo anterior la hipótesis de trabajo (H2) que planteó diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de estrés percibido, resiliencia, afrontamiento religioso, espiritualidad y bienestar psicológico, según el sexo y la edad, en una muestra de hombres y mujeres de 30 a 80 años con DMT2 en el Estado de México se cumple y se acepta parcialmente, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula.

En lo que corresponde al estrés percibido, dado que no se observaron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo se podría asumir que tanto hombres como mujeres experimentaron similares niveles de estrés durante el último mes al tiempo de la aplicación. Estos resultados coinciden con lo reportado por Gemmell et al. (2016) quienes señalaron que no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres con enfermedad renal crónica, sin embargo, si identificaron diferencias en calidad de vida afectada por el estrés percibido en mayor medida en los hombres en comparación con las mujeres. En relación con la enfermedad crónica, existe un contraste con lo reportado por Moral de la Rubia y Martínez (2009) quienes señalan que, entre los padres con hijos con diagnóstico de cáncer, es el padre quien manifiesta mayor nivel de estrés percibido en

comparación de la madre. Por su parte, Hara et al. (2014) señalaron que el estrés percibido en personas con DMT2 si puede verse afectado por el género, las mujeres han reflejado mayores niveles de estrés en comparación con los hombres. Este contraste debe considerarse con cierta cautela dadas las circunstancias en las que se desarrolló la aplicación de los instrumentos en este estudio y por la situación particular que representó la pandemia para las personas. De hecho, durante la pandemia la población estuvo sujeta a diversas circunstancias y factores estresantes que pudieron haberse reflejado en las puntuaciones obtenidas por ambos sexos. Para las mujeres, por ejemplo, la carga de trabajo aumento debido a que las actividades no esenciales tuvieron que realizarse de manera remota, para quienes realizaban trabajo remunerado y para quienes se dedicaban al hogar el trabajo también aumentó al realizar la mayor parte del trabajo en el hogar y al ser responsables del cuidado y educación de los hijos (Manzo & Minello, 2020). Lo anterior se vio reflejado en el bienestar y salud mental con aumento de ansiedad y estrés durante el confinamiento (Zang et al., 2020). En relación con lo anterior, se reportó también que las mujeres fueron más propensas a informar estrés en comparación con los hombres. Entre las mujeres los factores asociados con la percepción de estrés fueron los problemas relacionados con la salud y entre los hombres la falta de ocupación con ingreso estable (TMGH-Global COVID-19 Collaborative, 2021).

En cuanto a las diferencias en las puntuaciones de estrés percibido en función de la edad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo que también representa un contraste con la literatura que se revisó y donde se señala que existe una disminución del impacto psicológico derivado de la diabetes que ocurre con la edad en los hombres mientras que las mujeres presentan puntuaciones más altas en todos los grupos de edad (Hara et al., 2014). Una explicación plausible es que prácticamente toda la población, y más aún la población con DMT2, ha estado sujeta a una serie de acontecimientos que sin lugar a dudas afectó su cotidianidad, asistencia médica y tratamientos, por lo que es posible que el estrés estuviera presente en la vida de las personas afectadas. Ha sido ampliamente documentado que las personas que viven con enfermedad crónica experimentan altos niveles de estrés el cual repercute en el ajuste psicológico y en la adaptación y conservación de un estado funcional (Quiceno & Vinaccia, 2012). Es por lo anterior que la importancia de la identificación de los niveles de estrés en hombres y mujeres radica en el impacto que este puede tener en la salud física y control de la enfermedad de la persona afectada (Walker et al., 2020) debido a su correlación con el índice de glucosa en la sangre (Mishra et al., 2020).

Con respecto a la variable resiliencia, en el análisis de diferencias, según el sexo, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de empatía con un valor de la media más elevado en las mujeres. Esta diferencia coincide con lo reportado por González-Arratia y Valdez-Medina (2015) quienes señalaron que las mujeres muestran una tendencia más hacia la empatía en comparación con los hombres, en su estudio indican que desde la adolescencia existe una puntuación mayor en esta dimensión en las mujeres y que aumenta progresivamente en cada etapa del desarrollo. Löffler y Greitemeyer (2021) concluyeron que cuando se evalúa la empatía autoinformada ésta puede verse influenciada por el contexto cultural que ha mostrado una tendencia femenina a reportar respuestas empáticas más fuertes que ha sido influenciado a su vez por la idea de los roles de género tradicionales y estructuras sociales que perciben la empatía como un rasgo femenino típico. En consecuencia, existe la posibilidad de que algunos resultados científicos hayan estado influenciados por estereotipos de género y que las diferencias entre hombres y mujeres respecto a la empatía estén sobreestimadas, sin embargo es necesario continuar indagando al respecto. Por otra parte, los resultados obtenidos en este estudio contrastan con lo que reportaron Sambu y Mhongo (2019) con respecto a que los hombres registraron mayor nivel de resiliencia en comparación con las mujeres, sin embargo, este estudio al que se hace referencia analizó la resiliencia en personas desplazadas de sus territorios y no en personas con DMT2. La literatura con respecto al nivel de resiliencia en personas con DMT2, con base en la revisión realizada para la presente investigación es escasa, sin embargo, se puede advertir una tendencia a una mayor prevalencia en los hombres. En términos generales los hallazgos son heterogéneos, podría señalarse que la resiliencia, como recurso para enfrentar la adversidad, se ve influenciado por una serie de factores que muy probablemente no fueron analizados en esta investigación y por lo tanto no han sido considerados, por ejemplo la experiencia de pérdida o de aislamiento social. En este sentido, Weitzel et al. (2021) advirtieron que el nivel de resiliencia disminuye con la edad y ofrecen una posible explicación orientada hacia la pérdida entre las personas mayores que va en detrimento de importantes recursos de resiliencia y que desafía el bienestar de la persona. Lo anterior remite al análisis de la relación entre el nivel de resiliencia y edad, que en lo que se refiere a los resultados de este estudio se observó que el valor de la media más alto corresponde al rango de edad de 30 a 39 años y decrece conforme la edad aumenta, por lo que se puede señalar que las personas de menor edad con DMT2 de este estudio manifiestan mayor resiliencia en comparación con las personas mayores. Estos resultados coinciden con los hallazgos de Weitzel et al. (2021), quienes señalaron que conforme aumenta la edad el nivel de resiliencia disminuye. Sin embargo,

existe un contraste con lo que reportaron Cohen et al. (2013) y González-Arratia y Valdez-Medina (2015) quienes señalaron que mayor edad se asoció con mayores niveles de resiliencia.

Para la variable afrontamiento religioso se identificaron diferencias estadísticamente significativas, según el sexo, en las dos dimensiones (estrategias internas y estrategias externas) y en el puntaje total de la escala con una media más elevada en las mujeres en comparación con los hombres. Esto es un indicio de que las mujeres de este estudio utilizan en mayor medida estrategias de tipo religioso, que implican creencias relacionadas con Dios o particularmente con la religión, así como la asistencia a servicios religiosos o actividades que involucran prácticas religiosas. En consenso con estos resultados, Moral de la Rubia y Martínez (2009), Gemmel et al. (2016) y Rassoulilian et al. (2021) indicaron que las mujeres tienden a registrar mayor nivel en estrategias de afrontamiento de tipo religioso, mientras que los hombres se inclinan por otro tipo de estrategias, como la evitación, sin embargo Rassoulilian et al. (2021) señalan que ambos sexos manifiestan que el uso de este tipo de estrategia los ayuda a sobrellevar la enfermedad. Diversos estudios han señalado una tendencia religiosa en las mujeres (Reid-Arndt et al., 2011) que según Schnabel et al. (2018) y Rassoulilian et al. (2021) se debe en mayor parte a que los estudios que analizan la frecuencia de las mujeres en la religiosidad y por tanto las prácticas religiosas se realizan en poblaciones cristianas. Cuando se analiza el contraste en afiliación religiosa se puede observar que las diferencias de género se invierten, Schnabel et al. (2018) afirman que, en población musulmana y judíos ortodoxos, los hombres participan con mayor frecuencia en prácticas religiosas que las mujeres, por lo que las brechas de género podrían derivar de las diferencias en las normas, roles, incentivos y expectativas de género construidas socialmente y manifiestas de cada religión (Rassoulilian et al., 2021). Aun así, enfrentarse a una enfermedad conlleva sentimientos de impotencia, ansiedad e incertidumbre tanto en mujeres como en hombres, por lo que confiar en los recursos que la religión proporciona puede ofrecer fortaleza ante la situación que se vive (Rassoulilian et al., 2021). Por otra parte, y en lo que respecta a las diferencias del afrontamiento religioso en función de la edad, los resultados registraron que no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres según el rango de edad, por lo que se puede señalar que el uso de estrategias de afrontamiento de tipo religioso en los participantes de este estudio es indistinto a la edad. Existe cierto contraste con la literatura revisada, ya que Amadi et al. (2016) señalaron que una mayor edad se asoció con mayor uso de estrategias de afrontamiento religioso en personas con diabetes.

En los resultados que corresponden a la variable espiritualidad, en el análisis de diferencias en función del sexo, se observaron diferencias estadísticamente significativas únicamente en la dimensión poder superior/inteligencia universal con una medida mayor en las mujeres. Por lo anterior se puede señalar que las mujeres en este estudio manifiestan un mayor nivel en creencias con respecto a Dios, la divinidad o un poder superior en el que se confía. En términos generales estos resultados coinciden parcialmente con Rudaz et al. (2019) y Rodrigues et al. (2017) quienes señalaron que las mujeres manifiestan tener más experiencias espirituales diarias y promedios más altos en las medidas de espiritualidad. No obstante, el hecho de que no se registraron diferencias estadísticamente significativas en las restantes dos dimensiones de espiritualidad y en el puntaje total de la escala en la presente investigación, conduce a inferir que las diferencias entre hombres y mujeres son mínimas. En relación con lo anterior, González et al. (2017) reportaron que en su estudio no encontraron diferencias significativas en el nivel de espiritualidad entre hombres y mujeres por lo que concluyeron que el género no es un factor determinante de la espiritualidad. Por otra parte, se han identificado diferencias con puntajes mayores en las mujeres en medidas de espiritualidad consistentes con la medida que se empleó en el presente estudio, cuyas dimensiones comprenden relaciones con otros, relación con un ser supremo y bienestar existencial (Rohde et al., 2019). La espiritualidad ha sido considerada como dimensión de la existencia humana que, al igual que la religión, puede ofrecer recursos importantes en momentos de crisis. En lo que respecta a las diferencias en espiritualidad en función de la edad, los resultados obtenidos en la presente investigación indicaron que no existen diferencias estadísticamente significativas, resultados que coinciden parcialmente con lo reportado por Rodrigues et al. (2017). Los autores citados señalaron que obtuvieron una asociación débil entre la edad y nivel de espiritualidad, sin embargo, se advirtió que en personas mayores las medidas de espiritualidad registraron puntuaciones ligeramente más altas. La literatura con respecto a la espiritualidad y la edad es heterogénea, sin embargo se destaca que en las personas de mayor edad puede registrarse un nivel más alto de espiritualidad debido a la experiencia de vida de la persona.

Para la escala de bienestar psicológico los resultados arrojaron diferencias estadísticamente significativas en todas sus dimensiones (excepto en relaciones positivas) así como en el puntaje total de la escala, con valores de media más elevados en la muestra de hombres. Si bien en la dimensión relaciones positivas la diferencia no es estadísticamente significativa, el valor de la media sí es ligeramente mayor en la muestra de hombres, por lo que a partir de los resultados se puede señalar que los hombres de este estudio poseen mayor bienestar psicológico en comparación con la muestra de mujeres. Estos resultados

contrastan con la literatura que ha indicado que las mujeres tienen puntuaciones más elevadas en las dimensiones relaciones positivas con otros y en crecimiento personal en comparación con los hombres (Ryff & Keyes, 1995; Ryff, Keyes & Hughes, 2003) mientras que coinciden en que los hombres tienden a puntuar más alto en dominio del entorno y propósito en la vida, pero no en crecimiento personal (Lindfors et al., 2006). Se ha reportado que también los hombres manifiestan niveles más altos en autonomía y autoaceptación (Lindfors et al., 2006; Ryff et al., 2003; Zubieta et al., 2012), mientras que las mujeres efectivamente tienden al crecimiento personal. Lo anterior ha conducido a señalar la tendencia en las mujeres a valores más expresivos y relacionales y en los hombres más instrumentales. En un estudio previo realizado en el Estado de México, Castro et al. (2016a) reportaron que las mujeres con DMT2, en comparación con los hombres, presentaron un mayor puntaje en las dimensiones dominio del entorno, propósito en la vida y en el puntaje total de la escala. Con base en los resultados de este estudio podemos señalar que la tendencia de mayor bienestar psicológico en general, a través de las seis dimensiones evaluadas, fue en los hombres. Es probable que diversos factores hayan influido en los resultados obtenidos, por ejemplo, que el periodo de aplicación de los instrumentos tuvo lugar en la fase aguda de la pandemia por Covid-19, tiempo en el que las condiciones de vida y de trabajo se tornaron más restrictivas, la carga de trabajo para las mujeres aumentó, aunado al trabajo remoto y la responsabilidad del cuidado de los hijos (Manzo & Minello, 2020) generó impacto negativo en el bienestar de las personas (Zang et al., 2020). Por otra parte, la experiencia de pérdida, el aislamiento social y el estado marital son factores que se han asociado al bienestar de las personas (Ryff & Keyes, 1995). En lo que respecta a las diferencias en función de la edad, los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, el grupo de edad de 30 a 39 años resultó con un valor de media más elevado y disminuye conforme el rango de edad aumenta. Esto es indicio de que, a mayor edad, en esta muestra de estudio, menor nivel de bienestar psicológico. Existe contraste con la literatura que señala que las dimensiones autonomía y dominio del entorno aumentan con la edad mientras que propósito en la vida y crecimiento personal disminuyen progresivamente, autoaceptación y relaciones positivas con los otros se manifiestan estables a lo largo de la vida (Ryff & Keyes, 1995; Ryff, Keyes & Hughes, 2003). Los resultados en este estudio mostraron una tendencia generalizada a la disminución progresiva con la edad en todas las dimensiones, excepto en autonomía donde se observó una media más alta en el rango de edad de 40 a 49 años y en relaciones positivas en 50 a 59 años. Sin embargo, en estas dos dimensiones también se observa una tendencia a disminuir conforme la edad aumenta. La literatura al respecto ha señalado que el bienestar psicológico se modifica de acuerdo a la experiencia, es decir, es dinámico. El envejecimiento

generalmente está asociado a nuevos retos vitales, en los que algunos adultos viven experiencias que traen consigo crecimiento y descubrimiento personal (López et al., 2020) sin embargo, para otros la experiencia de pérdida de seres queridos, el tratamiento y atención inadecuado de enfermedad y otros factores psicosociales pueden estar sumando en detrimento del bienestar psicológico de la persona.

Ahora bien, en lo referente a la prueba de correlación, en la muestra total se observó que existen correlaciones negativas y estadísticamente significativas entre el estrés y la resiliencia, el afrontamiento religioso, la espiritualidad y el bienestar psicológico, resultados que conducen a la aceptación de las hipótesis planteadas que establecieron la existencia de relación negativa estadísticamente significativa entre estrés percibido y resiliencia, afrontamiento religioso y espiritualidad (H3) y entre estrés percibido y el bienestar psicológico (H4) y una correlación positiva estadísticamente significativa entre la resiliencia, afrontamiento religioso y espiritualidad con el bienestar psicológico (H5) en una muestra de hombres y mujeres de 30 a 80 años con DMT2 en el Estado de México. Estos resultados permiten advertir que en la muestra total la correlación negativa y estadísticamente significativa que mantiene el estrés con la resiliencia y el bienestar psicológico es más elevada (de baja a moderada) que la que se observa entre estrés percibido con afrontamiento religioso y espiritualidad (correlaciones en su mayoría bajas pero significativas). La asociación inversa significativa entre estas variables es un indicador de que a menor nivel de estrés percibido se presenta mayor nivel de resiliencia y bienestar psicológico y mayor uso de estrategias de afrontamiento religioso y de espiritualidad como mecanismo para afrontar la enfermedad. Estos resultados están respaldados por la literatura que ha señalado que las personas con enfermedad crónica y específicamente DMT2 que experimentan mayores niveles de estrés manifiestan también mayor nivel de angustia emocional (Mishra et al., 2020) menor nivel de resiliencia (Nikolaus et al., 2021) y menor nivel de bienestar psicológico (Massey et al., 2017).

Con respecto a la correlación entre el estrés percibido y resiliencia y bienestar psicológico, los resultados son congruentes con la literatura que ha documentado ampliamente que el estrés correlaciona negativamente, por un lado, con el bienestar psicológico en diversas condiciones, tanto en enfermedad como en cuidadores familiares de pacientes enfermos (Hinojosa & Alonso, 2019; Matus & Barra, 2013; Skok et al., 2006) de tal forma que niveles bajos de estrés se han asociado con niveles óptimos de bienestar psicológico (Calvarro, 2016; Fernández & Polo, 2011). Por otro lado, la asociación con la resiliencia ha mostrado una tendencia en explicar su capacidad predictiva y explicativa sobre el bienestar psicológico en mujeres con cáncer (Guil et al., 2016) y en personas con DMT2 (Castro et al., 2016a; Delgado-Guay et al.,

2021). En este sentido, los resultados de este estudio mostraron una tendencia similar en las variables resiliencia y bienestar psicológico ya que ambas reflejan un descenso conforme el rango de edad aumenta.

Por otra parte, existe un patrón diferencial entre hombres y mujeres debido a que las correlaciones entre estrés y afrontamiento religioso y espiritualidad son más elevadas en los hombres que en las mujeres. Este dato resulta interesante sobre todo por que las mujeres tienden a reflejar mayor uso en las estrategias de afrontamiento de tipo religioso y debido a que las mujeres resultaron con niveles más bajos de bienestar psicológico en este estudio. Cabe recordar que la mayor parte de la población reportó estar adscrito a alguna religión, lo que evidencia que la religión y lo que implica, como las prácticas religiosas y las creencias en relación con Dios, forma parte importante de la vida de las personas, sin embargo habrá que cuestionarse si esto se traduce en beneficio. Rivera-Ledezma y Montero (2005) señalaron que, si bien los recursos religiosos (como la asistencia y participación en rituales) y espirituales (como la oración y confianza en Dios) son efectivos mecanismos de afrontamiento ante situaciones de crisis, en su estudio el afrontamiento religioso y la espiritualidad predijeron en escasa medida el ajuste psicológico en adultos mayores. Sin embargo, ante lo observado se puede destacar que las diferentes formas que adquiere la religión y en conjunto con la espiritualidad influyen en el significado de las circunstancias de vida, probablemente dotando de un significado que coadyuba en sobrellevar las dificultades. Pargament et al. (2011) y Park y Folkman (1997) refirieron que los recursos que ofrece la religión y la espiritualidad dotan de valor explicativo los sucesos importantes de la vida, con la posibilidad de influir y prevenir la desesperanza, ánimo deprimido y ansiedad (Anum & Dasti, 2016).

En lo que concierne a los resultados del análisis de predicción del bienestar psicológico a partir del estrés percibido, la resiliencia, el afrontamiento religioso y la espiritualidad, se observó que en la muestra total la variable que explica el bienestar psicológico en mayor medida es la resiliencia, después el estrés percibido y finalmente la espiritualidad, en conjunto estas variables explicaron el 47 % de la variabilidad del bienestar psicológico en adultos con DMT2. En los modelos de predicción que se realizaron para la muestra de hombres y mujeres, el conjunto de variables explicaron el 58.5% de la variabilidad del bienestar psicológico en los hombres y en el caso de las mujeres el 45.9%. En el caso de los hombres la variable con un mayor porcentaje de explicación en la variabilidad del bienestar psicológico fue el estrés percibido, seguido de la espiritualidad y finalmente la resiliencia, mientras que en las mujeres fueron resiliencia, estrés percibido y la espiritualidad. En todos los casos la variable afrontamiento religioso no presentó un valor significativo, por lo que quedó excluida de los modelos de predicción. Por lo anterior, la hipótesis de trabajo que establece que el estrés percibido, la resiliencia, el afrontamiento religioso y la espiritualidad

son predictores de bienestar psicológico en una muestra de hombres y mujeres de 30 a 80 años con DMT2 en el Estado de México, se cumple y acepta de forma parcial. El porcentaje de variabilidad del bienestar psicológico que explica este conjunto de variables de estudio, tanto para hombres como para mujeres, de acuerdo con Hair et al. (1999) es estadísticamente significativo, sin embargo, en ambos casos falta un porcentaje considerable de varianza por explicar. Aun así, se puede señalar que estos resultados son coherentes con la literatura, ya que como se ha mencionado, está ampliamente documentado que el nivel de estrés incide sobre el bienestar psicológico, y en constructos que se han relacionado con el mismo como el optimismo y el afecto positivo (Massey et al., 2017) donde se registra generalmente una relación inversa entre las variables, a menor estrés percibido mayor nivel de bienestar psicológico y viceversa. Con respecto al papel del afrontamiento religioso existe cierto contraste ya que estudios previos en México han señalado que, aunque son estrategias que suelen usarse en momentos de tensión o en situaciones desfavorables para la persona como en el caso de la enfermedad, Rivera-Ledezma & Montero, (2005; 2007) reportaron que este tipo de afrontamiento predice en escasa medida el ajuste psicológico en adultos mayores. Sin embargo, el afrontamiento religioso y en general la religión y la espiritualidad han sido investigadas de diferentes formas y desde diferentes perspectivas y en relación con la salud, ha establecido un impacto favorable mediante la reducción de estrés y aumento de emociones positivas en personas con cáncer (Becker et al., 2006) en relación con la calidad de vida de madres de niños con cáncer (Khanjari et al., 2018) en personas con DMT2 (Fincham et al., 2018; Shamsalinia et al., 2015) y diversas condiciones de salud física y mental (Koenig, 2012). En coherencia con los resultados obtenidos en la presente investigación Pagán-Torres et al. (2021) reportaron que el afrontamiento religioso no se relacionó significativamente con el bienestar psicológico por lo que no descartan la influencia de otros factores.

Se destaca también que la resiliencia juega un papel importante entre los eventos estresantes y resultados positivos en la salud, forma parte de la salud mental y física, así como del bienestar general y calidad de vida de la persona. Becker y Newson (2005) destacaron que una filosofía de vida centrada en la resiliencia es vital para afrontar la enfermedad crónica que además funciona como predictor de la salud física en el futuro en personas con DMT2 (Yi et al., 2008) e influye en la capacidad del individuo para sobrellevar un tratamiento difícil y un estilo de vida favorecedor.

Por su parte, la espiritualidad ocupó un lugar importante en la predicción del bienestar psicológico tanto en hombres como en mujeres al manifestar una asociación negativa con el estrés, lo que incide en la disminución de emociones negativas como lo apuntó Koenig (2012) favoreciendo el ajuste al tratamiento en el caso de personas con enfermedad y en la reducción de los síntomas de angustia

(Laubmeier et al., 2004). La literatura confirma la correlación inversa entre el bienestar psicológico y la espiritualidad (Anum & Dasti, 2016) incluso se analizó el valor mediador de la espiritualidad y su valor predictivo del bienestar subjetivo en la actual pandemia por COVID-19 (Arslan & Yildirim, 2021) donde se comprobó que sus efectos disminuyen el estrés causado por la pandemia.

En el mismo orden de ideas, los resultados obtenidos del modelo hipotético de bienestar psicológico en adultos con DMT2 que se realizó mediante un modelo de ecuaciones estructurales en conjunto con el análisis de invarianza factorial permiten confirmar su coherencia con la estructura teórica-conceptual planteada, por lo que se acepta la hipótesis de trabajo planteada (H1) que estableció que el estrés percibido se relaciona con la resiliencia, el afrontamiento religioso y la espiritualidad y éstas a su vez son mediadoras en la relación entre estrés percibido y el bienestar psicológico de hombres y mujeres de 30 a 80 años con DMT2 en el Estado de México, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula (H₀). Los valores de los índices de ajuste absoluto, incrementales y de parsimonia ponen de manifiesto que los datos empíricos se ajustan al modelo factorial hipotetizado. Por lo anterior, estos resultados se suman a la evidencia existente en torno al tema y confirman la importancia de la resiliencia, la espiritualidad y del afrontamiento religioso como fuentes potenciales de bienestar psicológico en personas adultas con DMT2. Estos resultados también se respaldan en la literatura con los que coinciden y que han discutido ampliamente su papel y presencia tanto en la salud como en procesos de enfermedad (Becker & Newson, 2005; Bradshaw et al., 2007; Yi et al., 2008). Se destaca que la resiliencia es un amortiguador e incide en el manejo del estrés lo que aumenta las posibilidades del éxito en el tratamiento de la persona con DMT2, esto hace suponer que intervenciones basadas en el entrenamiento de la resiliencia poseen el potencial para reducir riesgos por complicaciones derivadas de la enfermedad y aumentar resultados positivos (Bradshaw et al., 2007). En línea con estos hallazgos, Yazla et al. (2018) y Saffari et al. (2019) hicieron énfasis en el papel del afrontamiento religioso como un medio que conduce a la reducción del estrés, adherencia al tratamiento médico y a una mayor calidad de vida. A pesar de las diferencias de género en torno al uso de estrategias de tipo religioso, ambos géneros pueden aumentar su dependencia de recursos de este tipo cuando se enfrentan a condiciones de salud crónicas (Reid-Arndt et al., 2011). Esto quiere decir que ambos pueden beneficiarse y buscar apoyos de tipo religioso o espirituales que sean consistentes con sus creencias para facilitar el afrontamiento de su condición.

Existe una alta probabilidad de que diversos factores tengan influencia sobre el bienestar psicológico en personas con DMT2 ya que aún falta por explicar un porcentaje importante de su

variabilidad, sin embargo, hay constancia de que la resiliencia tiene una correlación inversa con depresión, ansiedad, incapacidad y somatización (Cal et al. 2015), que a su vez inciden en el bienestar psicológico de la persona enferma. La resiliencia es un recurso psicológico importante que requiere y se centra en una fuerza inusual de la persona para conducirla a tomar decisiones. Por otra parte, la espiritualidad es reconocida como una fuente potencial de fortaleza sobre todo en momentos existenciales difíciles y circunstancias de crisis y en este estudio fue un importante predictor, en conjunto con la resiliencia del bienestar psicológico en la muestra de estudio. En cuanto al afrontamiento religioso es probable que hayan estado involucrados factores que se han asociado con el mismo, como el apoyo social que se recibe cuando se es miembro de congregaciones o cuando se asiste a rituales y que debido al confinamiento que ocurrió como consecuencia de la pandemia por Covid-19 se vió suspendido. A este respecto, Shamsalinea y sus colaboradores (2015) pusieron en evidencia que el afrontamiento religioso y el apoyo social tenían una influencia significativa en la esperanza y en el control de la enfermedad, que conduce a las personas con DMT2 a mejores resultados en salud. Por otra parte, el afrontamiento religioso no siempre trae beneficios consigo, Pargament et al. (2000) señalaron que los patrones de afrontamiento religioso negativo implican una relación menos segura con Dios que implican tensiones y luchas espirituales, creencias del abandono de Dios y de la comunidad religiosa. Lo anterior podría explicar que las mujeres, quienes mostraron una tendencia mayor al uso de estrategias de afrontamiento de tipo religioso también reflejaron un menor nivel de bienestar psicológico.

En lo que respecta al análisis de invarianza, en la literatura revisada para la presente investigación no se identificaron estudios donde se analicen los constructos que fueron objeto de estudio desde un enfoque de invarianza. Es un análisis interesante que ofrece una perspectiva más amplia al considerar las características psicológicas diferenciales de hombres y mujeres y como esto puede incidir en la respuesta a diferentes situaciones. Es por lo anterior que con base en lo recomendado por Byrne (2010) y Cheung y Rensvold (2002) se consideró importante dado que se realizaron comparaciones en función del sexo. Al presentarse un grado de invarianza elevado en la medición de las variables, determinado con base en los valores obtenidos de $CFI=.940$ ($\Delta CFI=.009$, $<.01$) permite concluir que las diferencias observadas son resultado de la presencia de diferencias en la variable evaluada. Con base en el análisis realizado se observa que la estructura factorial de cada una de las escalas es equivalente en hombres y mujeres, que demuestra la ausencia de sesgo en las medidas y la precisión en ambos sexos. Lo anterior conduce a argumentar que los constructos estrés percibido, resiliencia, afrontamiento religioso, espiritualidad y

bienestar psicológico poseen atributos de medición que los hacen sólidos a las diferencias entre hombres y mujeres y que las diferencias identificadas son atribuibles a los constructos y no a sesgos de medida. Esto justifica el uso de los estos instrumentos en estudios posteriores que pretendan la comparación entre hombres y mujeres.

4.2 CONCLUSIONES

A partir del trabajo realizado en la presente investigación resulta evidente la importancia del estudio de variables que inciden de forma positiva en el bienestar psicológico de personas con DMT2 y en cómo esto puede resultar en la calidad de vida en general de la persona enferma. En correspondencia con los objetivos e hipótesis planteados, se concluye que se obtuvo evidencia de las puntuaciones de las variables estrés percibido, resiliencia, afrontamiento religioso, espiritualidad y bienestar psicológico en una muestra de adultos, hombres y mujeres con diagnóstico de DMT2 en el estado de México. En torno a esto, los valores que se obtuvieron en las variables evaluadas fueron de moderados a altos y en el caso del estrés percibido los valores fueron de bajos a moderados. Lo anterior es un indicio de que las personas que participaron en este estudio experimentaron niveles de bajos a moderados de estrés percibido y niveles de moderados a altos en cuanto a la resiliencia, afrontamiento religioso, espiritualidad y bienestar psicológico.

Por otra parte, las diferencias por sexo en cuanto los constructos evaluados son interesantes, ya que, a pesar del confinamiento consecuencia de la pandemia por Covid-19, los niveles de estrés percibido se presentaron en niveles similares en hombres y mujeres e independientemente de la edad, y a pesar de que se dio constancia de que el trabajo para las mujeres aumentó considerablemente (Manzo & Minello, 2020). En relación con lo anterior, se evidenció también que, en cuanto a la resiliencia, tanto hombres como mujeres reflejaron niveles similares, con diferencias en la dimensión empatía a favor de las mujeres, que como se mencionó, existe posibilidad de que sea producto de la influencia social con lo que respecta al género. Se destacó una diferencia importante en relación con el uso de estrategias de afrontamiento de carácter religioso con una mayor medida en las mujeres, lo que subraya la importancia del estudio de este tema en relación con el género y en personas con enfermedad en general. Estos resultados respaldan la idea de que las personas que enfrentan una enfermedad tienden a recurrir a sus creencias y prácticas, tanto religiosas como espirituales, en el proceso de afrontamiento. La variable afrontamiento religioso fue la que no se correlacionó significativamente en los modelos de predicción que se realizaron en la muestra total y por sexo, sin embargo, se tomó la decisión de mantenerla para el modelo de mediación mediante el modelo de ecuaciones estructurales debido a que en la literatura se le ha vinculado en reiteradas ocasiones con el bienestar, con la resiliencia y porque mantiene una relación muy estrecha con la espiritualidad, como se documentó ampliamente en el marco de referencia. Lo anterior condujo a evaluar el papel mediador de la resiliencia, el afrontamiento religioso y la espiritualidad entre el estrés percibido

y el bienestar psicológico, dando por resultado índices de ajuste adecuados que aportaron evidencia de que la estructura empírica posee coherencia con la estructura teórica-conceptual. Mediante el análisis de invarianza se comprobó que las diferencias observadas pueden atribuirse a las características propias del género y no a las medidas utilizadas por lo que se recomienda su uso en estudios que pretendan evaluar los constructos propuestos desde una perspectiva de género. En suma, es necesario realizar estudios con perspectiva de género que faciliten la comprensión de las diferencias en el manejo de la DMT2 y la influencia sobre la salud y el bienestar psicológico de variables positivas como la resiliencia, el afrontamiento religioso, la espiritualidad y el bienestar psicológico y el análisis del papel que tienen sobre el estrés percibido.

4.3 LIMITACIONES

A la luz de los resultados obtenidos en este estudio deben señalarse algunas limitaciones para la interpretación de los mismos. En primera instancia el tipo de muestreo fue no probabilístico por lo que la muestra puede no ser representativa de la población y por lo tanto los resultados no puedan extrapolarse a la población en general con DMT2. Sería conveniente que estudios futuros contemplaran la inclusión de participantes mediante un tipo de muestreo que diera la oportunidad de extrapolar los resultados. En segundo lugar, si bien no puede ser considerada del todo como una limitación, dado que se obedeció a las medidas sanitarias regionales y federales por la pandemia por Covid-19, en un primer momento, el procedimiento implicó la identificación de la muestra y la aplicación de los instrumentos a través de medios electrónicos, es probable que esto haya representado diferencias en los resultados y no fueron analizados, sin embargo, se puede señalar que a pesar de esto la muestra fue amplia y heterogénea. En tercer lugar, el rango de edad fue amplio lo que es indicio de que la DMT2 puede presentarse a lo largo de la vida adulta, con elementos que pueden ser comunes y diferenciados según el tiempo de diagnóstico, por lo que la falta de análisis en función del tiempo de padecimiento y como este puede incidir en los niveles de estrés, resiliencia, afrontamiento religioso, espiritualidad y en el bienestar psicológico, también representa una limitación. Sin embargo, a pesar de las limitaciones mencionadas, este estudio proporciona evidencia de robustez empírica de los constructos evaluados y de la propuesta de investigación, que puede representar una parte importante tanto para futuros estudios como para las bases de programas de prevención, intervención y tratamiento para los profesionales de la salud en torno a la atención de personas con DMT2.

Referencias bibliográficas

- Abu-Raiya, H., Pargament, K. & Mahoney, A. (2011). Examining coping methods with stressful interpersonal events experienced by Muslims living in the United States following the 9/11 Attacks. *Psychology of Religion and Spirituality* 3(1), 1-14. <https://doi.org/10.1037/a0020034>
- Alarcón, R. (2017). En torno a los fundamentos filosóficos de la psicología positiva. *Persona*, 20, 11-28. <https://dialnet.unirioja.es>
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>
- Amadi, K. U., Uwakwe, R., Ndukuba, A. C., Odinka, P. C., Igwe, M. N., Obayi, N. K., & Ezeme, M. S. (2016). Relationship between religiosity, religious coping and socio-demographic variables among out-patients with depression or diabetes mellitus in Enugu, Nigeria. *African health sciences*, 16(2), 497–506. <https://doi.org/10.4314/ahs.v16i2.18>
- Amiri, S., Hajfiroozabadi, M., Amiri, T., Zandifar, H., & Bahrami-Babaheydari, T. (2020). Effects of spirituality education program on depression and anxiety among patients with multiple sclerosis: A randomized-controlled trial. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 9(1), e99398. <https://doi:10.5812/jjcdc.99398>.
- Anum, J., & Dasti, R. (2016). Caregiver Burden, Spirituality, and Psychological Well-Being of Parents Having Children with Thalassemia. *Journal of religion and health*, 55(3), 941–955. <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0127-1>
- Antoniuzzi, A., Dell'Aglio, D., & Bandeira, D. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18.
- Arslan, G. & Yıldırım, M. (2021). Meaning-Based Coping and Spirituality During the COVID-19 Pandemic: Mediating Effects on Subjective Well-Being. *Frontiers in Psychology*, 12, 646572. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.646572>

- Asamblea Mundial de la Salud (2003). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25º aniversario: informe de la Secretaría*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/80014>
- Asociación Médica Mundial (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <http://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf>
- Badash, I., Kleinman, N. P., Barr, S., Jang, J., Rahman, S., & Wu, B. W. (2017). Redefining Health: The Evolution of Health Ideas from Antiquity to the Era of Value-Based Care. *Cureus*, 9(2), e1018. <https://doi.org/10.7759/cureus.1018>
- Balcázar, P., Gurrola, G., Feixas, G., Moysén, A., Vírseda, J., Esteban, J., Garay, J. & Bonilla, M. (s/a). Estrés percibido en una muestra de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Universidad Autónoma del Estado de México*. https://psiquiatria.com/trabajos/usr_1720902113208.pdf
- Baldacchino, D. & Buhagiar, A. (2003). Psychometric evaluation of the Spiritual Coping Strategies scale in English, Maltese, back-translation and bilingual versions. *Journal of Advanced Nursing*, 42, 558-570. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12787229>
- Barba, J. (2018). México y el reto de las enfermedades crónicas no transmisibles. El laboratorio también juega un papel importante. *Revista Latinoamericana de Patología Clínica. Medicina de Laboratorio*; 65(1), 4-17. <https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2018/pt181a.pdf>
- Basto-Abreu, A. C., López-Olmedo, N., Rojas-Martínez, R., Aguilar-Salinas, C. A., De la Cruz-Góngora, V., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Romero-Martínez, M., Barquera, S., Villalpando, S. & Barrientos-Gutiérrez, T. (2021). Prevalence of diabetes and glycemic control in Mexico: national results from 2018 and 2020. *Salud Pública De México*, 63(6), 725-733. <https://doi.org/10.21149/12842>
- Becker, G., Momm, F., Xander, C., Bartelt, S., Zander-Heinz, A., & Budischewski, K. (2006). Religious belief as a coping strategy: an explorative trial in patients irradiated for head-and-neck cancer. *Strahlentherapie und Onkologie*, 182, 270-276. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16673060>
- Becker, G. & Newsom, E. (2005). Resilience in the Face of Serious Illness Among Chronically Ill African Americans in Later Life. *Journal of Gerontology: Social Science*, 60B(4), 214-223. <https://academic.oup.com/psychogerontology/article/60/4/S214/545309>
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, (3), 125-146 <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4024>

- Beléndez, M., Lorente, I. & Maderuelo, M. (2015). Estrés emocional y calidad de vida en personas con diabetes y sus familiares. *Gaceta Sanitaria*, 29(4), 300–303. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911115000254>
- Bértola, D. (2010). Hans Selye y sus ratas estresadas. *Medicina Universitaria*, 12(47), 142-143. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304>
- Bircher, J. (2005). Towards a Dynamic Definition of Health and Disease. *Medicine Health Care and Philosophy* 8, 335–341. <https://doi.org/10.1007/s11019-005-0538-y>
- Boehm, J., & Kubzansky, L. (2012). The heart's content: The association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychological Bulletin*, 138(4), 655–691. <https://doi.org/10.1037/a0027448>
- Boehm, J. K., Trudel-Fitzgerald, C., Kivimaki, M., & Kubzansky, L. D. (2015). The prospective association between positive psychological well-being and diabetes. *Health psychology: official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 34(10), 1013–1021. <https://doi.org/10.1037/hea0000200>
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: ¿Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bonelli, R., & Koenig, H. (2013). Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: A systematic evidence-based review. *Journal of Religion and Health*, 52(2), 657-673. <http://doi:0.1007/s10943-013-9691-4>
- Boniwell, I. & Henry, J. (2007). Developing conceptions of well-being: Advancing subjective, hedonic and eudaimonic theories. *Social Psychology Review*, 9(1),3-18. <https://www.positran.fr/wp-content/uploads/2019/03/DEVELOPING-CONCEPTION.pdf>
- Bradshaw, B., Richardson, G., & Kulkarni, K. (2007). Thriving with diabetes. An introduction to the resiliency approach for diabetes educators. *The Diabetes Educator*, 33(4), 643-649. <http://doi:10.1177/0145721707303808>
- Bramanti, S. M., Trumello, C., Lombardi, L., & Babore, A. (2021). COVID-19 and chronic disease patients: Perceived stress, worry, and emotional regulation strategies. *Rehabilitation psychology*, 66(4), 380–385. <https://doi.org/10.1037/rep000040944>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, Massachussets, Harvard University Press.

- Büssing, A., Ostermann, T., & Koenig, H.G. (2007). Relevance of religión and spirituality in german patients with chronic diseases. *International Journal Psychiatry in Medicine*, 37, 39-57. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17645197>
- Byrne, B. M. (2010). *Structural Equation Modeling With AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming*. New York: Routledge.
- Cal, S., Ribeiro de Sá, L., Glustak, M., & Barreto, M. (2015). Resilience in chronic diseases: A systematic review. *Cogent Psychology*, 2, 1024928. <http://dx.doi.org/10.1080/23311908.2015.1024928>
- Calvarro, A. (2016). *Estrés Percibido, Estrategias de Afrontamiento y Bienestar Psicológico en jóvenes*. Trabajo de Fin de Grado. Universidad de Salamanca.
- Cardozo, I. & Rondón, J. (2014). La salud desde una perspectiva psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(3), 1079-1107.
- Carver, C., Scheider, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283. <https://www.researchgate.net/publication/20228888>
- Castro (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 66(23-3), 43-72.
- Castro, A., González-Arratia, N., Oudhof, H., Dominguez, A., & Valdez, J. (2016a). Resiliencia y bienestar psicológico en personas con diabetes mellitus tipo 2. En Rojas, A., Villalobos, G., Brunett, K., Martínez, J. (2016) *Por una cultura de la paz. Una mirada desde las ciencias de la conducta*. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Castro, A. González-Arratia, N., Oudhof, H., & Domínguez, A. (2016b). *Variables psicológicas (resiliencia, optimismo y estrategias de afrontamiento) que inciden en el Bienestar Psicológico de pacientes diagnosticados con DMT2*. Tesis. Universidad Autónoma del Estado de México
- Cassaretto, M. & Paredes R., (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología*, 24, (1), 109-140. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337829536005>
- Caycho-Rodríguez, T., & Ventura-León, J. L. (2017). El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1),625-627. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77349627039>

- Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling*, 9(2), 233–255. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0902_5
- Chiu, C., Wray, L., Beverly, B. & Dominic O. (2010). The role of health behaviors in mediating the relationship between depressive symptoms and glycemic control in type 2 diabetes: a structural equation modeling approach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(1), 67-76. <http://doi.org/10.1007/s00127-009-0043-3>
- Cohen, M., Baziliansky, S., & Beny, A. (2014). The association of resilience and age in individuals with colorectal cancer: an exploratory cross-sectional study. *Journal of geriatric oncology*, 5(1), 33–39. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2013.07.009>
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, (4), 385-396. <https://pdfs.semanticscholar.org/bed9/2e978f5bca851a79b16d8499b8ca21eeb3d6.pdf>
- Conti A. A. (2018). Historical evolution of the concept of health in Western medicine. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 89(3), 352–354. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i3.6739>
- Conversano C. (2019). Common Psychological Factors in Chronic Diseases. *Frontiers in psychology*, 10, 2727. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02727>
- Conway, R., Dagadu, H., Motley, D., Shawahin, L., Janusek, L., Klonowski, S., & Saban, K. (2020). Qualitative evidence for Resilience, Stress, and Ethnicity (RiSE): A program to address race-based stress among Black women at risk for cardiovascular disease. *Complementary Therapies in Medicine*, 48(1), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.102277>
- Cook C. C. (2004). Addiction and spirituality. *Addiction (Abingdon, England)*, 99(5), 539–551. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00715.x>
- Córdova, J., Barrigüete, J., Lara, A., Barquera, S., Rosas, M., Hernández, M., de León, E. & Aguilar, C. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública de México*. 50, (5), 419-427.
- Costa, P. & McCrae, R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(4), 668–678. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.38.4.668>
- Cuadra, H. & Florenzano, R. (2003). El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, XII, (1), 83-96. <https://revistapsicologia.uchile.cl>

- Cummins, R., Li, N., Wooden, M. & Stokes, M. (2014). A Demonstration of Set-points for Subjective Wellbeing. *Journal of Happiness Studies* 15(1), 183-206. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-013-9444-9>
- Davison, S. N., & Simpson, C. (2006). Hope and advance care planning in patients with end stage renal disease: qualitative interview study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 333(7574), 886. <https://doi.org/10.1136/bmj.38965.626250.55>
- Debono, M & Cachia, E. (2007). The impact of diabetes on psychological well being and quality of life. The role of patient education. *Psychology, Health & Medicine* 12(5), 545-555. <http://DOI:10.1080/13548500701235740>
- Delgado-Guay, M. O., Hui, D., Parsons, H. A., Govan, K., De la Cruz, M., Thorney, S., & Bruera, E. (2011). Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, 41(6), 986–994. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.09.017>
- Delgado-Guay, M. O., Palma, A., Duarte, E., Grez, M., Tupper, L., Liu, D. D., & Bruera, E. (2021). Association between Spirituality, Religiosity, Spiritual Pain, Symptom Distress, and Quality of Life among Latin American Patients with Advanced Cancer: A Multicenter Study. *Journal of palliative medicine*, 24(11), 1606–1615. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0776>
- Delle, A, Brdar, I., Freire, T., Vella-Brodrick, D., & Wissing, M. (2011). The eudaimonic and hedonic components of happiness: Qualitative and quantitative findings. *Social Indicators Research*, 100(2), 185-207. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9632-5>
- Dhabhar F. S. (2014). Effects of stress on immune function: the good, the bad, and the beautiful. *Immunologic research*, 58(2-3), 193–210. <https://doi.org/10.1007/s12026-014-8517-0>
- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C & van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema* 2006. 18, (3), 572-577. <https://psycnet.apa.org/record/2006-12461-037>
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95 (3), 542-575. <https://ssrn.com/abstract=2162125>
- Diener, E., Lucas, R. & Scollon, C. (2006). Beyond the Hedonic Treadmill. Revising the Adaptation Theory of Well-Being. *American Psychologist*, 61 (4), 305–314. <https://doi:10.1037/0003-066X.61.4.305>
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999) Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302. http://labs.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Diener-Suh-Lucas-Smith_1999.pdf

- Duke N. (2021). Type 2 diabetes self-management: spirituality, coping and responsibility. *Journal of research in nursing: JRN*, 26(8), 743–760. <https://doi.org/10.1177/17449871211026958>
- Egede L & Dismuke C. (2012). Serious psychological distress and diabetes: a review of the literature. *Current Psychiatry Reports*, 14 (1), 15-22. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-011-0240-0>
- Egede, L., Zheng, P. & Simpson, K. (2002). Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 25, 464-470. <https://care.diabetesjournals.org/content/25/3/464.long>
- Elena, G. (2002). Estrés: desarrollo histórico y definición. *Revista Argentina de Anestesiología*, 60(6), 350-353. https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/279/c.pdf
- Ezzati, A., Jiang, J., Katz, M. J., Sliwinski, M. J., Zimmerman, M. E., & Lipton, R. B. (2014). Validation of the Perceived Stress Scale in a community sample of older adults. *International journal of geriatric psychiatry*, 29(6), 645–652. <https://doi.org/10.1002/gps.4049>
- Federación Mexicana de Diabetes (2018). *Federación Mexicana de Diabetes*, <http://fmdiabetes.org/estadisticas-en-mexico/>
- Fergus, S. & Zimmerman, M. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 1-26. <https://doi:10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357>
- Fernández, C. & Polo, M. (2011). Afrontamiento, estrés y bienestar psicológico en estudiantes de educación social de nuevo ingreso. *EduPsykhé*, 10(2), 177-192. <http://dialnet.unirioja.es>
- Fincham, F., Seibert, G., May, R., Wilson, C. & Lister, Z. (2018). Religious Coping and Glycemic Control in Couples with Type 2 Diabetes. *Journal of marital and family therapy*, 44(1), 138-149. <https://doi.org/10.1111/jmft.12241>
- Fiorentino, M. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*, 15 (1), 95-114. <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604004.pdf>
- Folkman, S. & Moskowitz, J. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774. <http://doi:10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>

- Gall, T., Guirguis, M., Charbonneau, C., & Florack, P. (2009). The trajectory of religious coping across time in response to the diagnosis of breast cancer. *Psychoncology* 18(11), 1165-1178. <https://doi.org/10.1002/pon.1495>
- Gancedo, M. (2009). Psicología Positiva: Posible futuro y derivaciones clínicas. *Psicodebate*, 9, 15-26. <https://doi.org/10.18682/pd.v9i0.405>
- García, M. & Domínguez, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (1), 63-77. <https://dialnet.unirioja.es>
- García, C. & González, M. (2007). Bienestar Psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25, 72-80. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/viewFile/559/480>
- García, C. & González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592. <https://www.researchgate.net/publication/242241780>
- Garmezy, N. (1974). Children at risk: The search for the antecedents of schizophrenia: II. On going research programs, issues, and intervention. *Schizophrenia Bulletin*, 9, 55-125. <https://psycnet.apa.org/record/1975-23297-001>
- Garmezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 31, 416-430. <https://doi.org/10.1177/0002764291034004003>
- Gemmell, L. A., Terhorst, L., Jhamb, M., Unruh, M., Myaskovsky, L., Kester, L., & Steel, J. L. (2016). Gender and Racial Differences in Stress, Coping, and Health-Related Quality of Life in Chronic Kidney Disease. *Journal of pain and symptom management*, 52(6), 806–812. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.05.029>
- George, D., & Mallery, P. (2020). *IBM SPSS Statistics 26 step by step: A simple guide and reference* (16th ed.). Taylor & Francis
- Gómez, S., Galicia, L., Vargas, E., Martínez, L. & Villarreal, E. (2010). Estrategia de afrontamiento de la diabetes como factor de riesgo para el estilo de vida. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(5), 539-542. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4577/457745510012>
- González-Arratia, L. F. N. I. (2016). *Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes. Cómo desarrollarse en tiempos de crisis* (2da ed.). Universidad Autónoma del Estado de México.

- González-Arratia, L.F.N.I., & Valdez-Medina, J. L. (2015). Resiliencia. Diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(2), 1996-2011. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358942803005>
- González-Burboa, A., Acevedo Cossio, C., Vera-Calzaretta, A., Villaseca-Silva, P., Müller-Ortiz, H., Páez Rovira, D., Pedreros Rosales, C., Mealberquilla Néndez-Asenjo, Á., & Otero Puime, Á. (2019). ¿Son efectivas las intervenciones psicológicas para mejorar el control de la Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos?: una revisión sistemática y metaanálisis. *Revista medica de Chile*, 147(11), 1423–1436. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872019001101423>
- González-Arratia, N.I., Valdez, J., Oudhof, H., & González, S. (2009). Resiliencia y salud en niños y adolescentes. *Ciencia Ergo Sum*, 16(3), 247-253. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10412057004>
- González, M. & Landero, R. (2006). Síntomas psicósomáticos y Teoría Transaccional del Estrés. *Ansiedad y Estrés*, 12(1), 45-61. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-046600>
- González, M. & Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199-206. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2292590>
- González, J. & Marrero, R. (2017). Determinantes sociodemográficos y personales del bienestar subjetivo y psicológico en población mexicana. *Suma Psicológica*, 24, 59-66. <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2017.01.002>
- González, J. & Pagán, O. (2018). Desarrollo y validación de un instrumento para medir estrategias de afrontamiento religioso. *Evaluar*, 18(1), 70-86. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar>
- Gonzalez C. J., Ureña, M. G., & Meda, R. M. (2018). Resiliencia y enfermedad renal crónica: Una Revisión sistemática. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 11(2), 79–86. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.11209>
- Granados, L., Alvarado, S., & Carmona, J. (2017). El camino de la resiliencia: del sujeto individual al sujeto político. *Revista Internacional de Investigación en Educación*, 10(20), 49-68. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.m10-20.crsi>
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. The International Resilience Project*. Bernard Van Leer Foundation. La Haya Holanda. <http://bibalex.org/baifa/Attachment/Documents/115519.pdf>

- Guevara, M., Gallegos, E., Arias, A., Paz, M., Valenzuela, S., & Landeros, E., (2015). Control glucémico, autocuidado y estrés en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 residentes de Monterrey, México. *Universidad Autónoma de Nuevo León*. <https://www.researchgate.net/publication/291170737>
- Guil, R., Zayas, A., Gil, P., Guerrero, C., González, S. & Mestre, J (2016). Bienestar psicológico, optimismo y resiliencia en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 13(1), 127-138. http://doi:10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52492
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. & Black, W. (1999) *Análisis Multivariante*, 5 Ed. Prentice Hall
- Hara, Y., Hisatomi, M., Ito, H., Nakao, M., Tsuboi, K., & Ishihara, Y. (2014). Effects of gender, age, family support, and treatment on perceived stress and coping of patients with type 2 diabetes mellitus. *BioPsychoSocial medicine*, 8, 16. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-8-16>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Ed. McGraw Hill 6ta. Ed. México
- Hernández, Z., Ehrenzweig, Y., & Navarro, A. (2009). Factores psicológicos, demográficos y sociales asociados al estrés y a la personalidad resistente en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 13-27. <https://www.redalyc.org/pdf/801/80111899002.pdf>
- Hervás, G (2009). Psicología Positiva: una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 66 (23), 23-41. <https://www.researchgate.net/publication/236904237>
- Hill, P.C., Pargament, K.I., Hood, R.W., McCullough, J.M.E., Swyers, J.P., Larson, D.B. & Zinnbauer, B.J. (2000). Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30(1), 51-77. <https://doi.org/10.1111/1468-5914.00119>
- Hilliard, M. E., Yi-Frazier, J. P., Hessler, D., Butler, A. M., Anderson, B. J., & Jaser, S. (2016). Stress and A1c Among People with Diabetes Across the Lifespan. *Current diabetes reports*, 16(8), 67. <https://doi.org/10.1007/s11892-016-0761-3>
- Hinojosa, L. & Alonso, M. (2019). Incertidumbre, estrés y su relación con el bienestar psicológico en familiares de dependientes del alcohol. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23(55), 222-231. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.19>
- Holmes, E., O'Connor, R., Perry, H., Tracey, I. & Wessely, S. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Position Paper*, 7(6), 547-560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- Holmes, T. & Rahe, R. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)

- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. (2008). Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53-60. <https://doi.org/10.21427/D7CF7R>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Huffman, J. C., Beale, E. E., Celano, C. M., Beach, S. R., Belcher, A. M., Moore, S. V., Suarez, L., Motiwala, S. R., Gandhi, P. U., Gaggin, H. K., & Januzzi, J. L. (2016). Effects of Optimism and Gratitude on Physical Activity, Biomarkers, and Readmissions After an Acute Coronary Syndrome: The Gratitude Research in Acute Coronary Events Study. *Circulation. Cardiovascular quality and outcomes*, 9(1), 55–63. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.115.002184>
- Huta, V. (2016). Eudaimonia versus Hedonia: What Is the Difference? And Is It Real? *International Journal of Existential Psychology & Psychotherapy. Special Issue Proceedings of the 2016 Meaning Conference*. <http://journal.existentialpsychology.org>
- Infante, F. (2001). *La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente*. En A. Melillo y E. Suárez (comp.), *Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas (pp.31-53)*. Buenos Aires: Paidós.
- International Diabetes Federation (2021). *Diabetes Atlas 10th. Ed.* <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (2015). *Estadísticas de Mortalidad*. <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, INEGI (2020). *Censo Nacional de Población y Vivienda. México, 2020*. <https://www.inegi.org.mx/>
- Instituto Nacional de Salud Pública (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Informe final de resultados*. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
- Jiménez, M. & Dávila M. (2007). Psicodiabetes. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (1), 126-143. <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v25n1/v25n1a12.pdf>
- Jurado García, P. J., Benitez Hernández, Z. P., Mondaca Fernández, F., Rodríguez Villalobos, J. M., & Blanco Ornelas, J. R. (2017). Análisis de las propiedades psicométricas del Cuestionario de Bienestar Psicológico de Ryff en universitarios mexicanos. *Acta Universitaria*, 27(5), 76-82. <https://doi:10.15174/au.2017.1648>

- Johnstone, B., & Yoon, D. P. (2009). Relationships between the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality and health outcomes for a heterogeneous rehabilitation population. *Rehabilitation psychology, 54*(4), 422–431. <https://doi.org/10.1037/a0017758>
- Katsarou, A., Panagiotakos, D., Zafeiropoulou, A., Vryonis, M., Skoularigis, I., Tryposkiadis, F., & Papageorgiou, C. (2012). Validation of a Greek version of PSS-14; a global measure of perceived stress. *Central European journal of public health, 20*(2), 104–109. <https://doi.org/10.21101/cejph.a3698>
- Khanjari, S., Damghanifar, M., & Haqqani, H. (2018). Investigating the relationship between the quality of life and religious coping in mothers of children with recurrence leukemia. *Journal of family medicine and primary care, 7*(1), 213–219. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_236_17
- Keyes, C. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An introduction. *Social Indicators Research, 77*, 1-10. <http://DOI: 10.1007/s11205-005-550-3>
- Keyes, C., Shmotkin, D. & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology, 82*(6), 1007-1022. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>
- Koenig, H. G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *Psychiatry, 278730*. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Kotliarenco, A., Cáceres, I., & Fontecilla, M. (1997). *Estado del arte en resiliencia*. Organización Panamericana de la Salud. OMS. Washington
- 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>
- Kubzansky, L., Huffman, J., Boehm, J., Hernández, R., Kim, E., Koga, H., Feig, E., Lloyd-Jones, D., Seligman, M. & Labarthe, R., (2018). Bienestar psicológico positivo y enfermedad cardiovascular. Serie de promoción de la salud de JACC. *Journal of the American College of Cardiology, 72*(12), 33-48. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.07.042>
- Kralik, D., van Loon, A., & Visentin, K. (2006). Resilience in the chronic illness experience. *Educational Action Research, 14*(2), 187-201. <https://psycnet.apa.org/record/2006-23164-003>

- Kuri, P. (2011). La transición en salud y su impacto en la demanda de servicios. *Gaceta Médica de México*, 147, 451-4. https://www.anmm.org.mx/GMM/2011/n6/8_GMM_Vol_147_-_6_2011.pdf
- Labiano, M. (2010). *Introducción a la psicología de la salud*. En Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Cengage Learning
- Laubmeier, K. K., Zakowski, S. G., & Bair, J. P. (2004). The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: a test of the transactional model of stress and coping. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11(1), 48–55. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm1101_6
- Lazarus, R. (1993). From psychological stress to emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21. <http://doi:10.1146/annurev.ps.44.020193.000245>
- Lazarus, R. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55(6), 665-673. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.6.665>
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company
- Lazcano, M. & Salazar, B. (2007). Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Aquichan*. 7(1), 77-84. <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v7n1/v7n1a07.pdf>
- Lee, B. J. (2007). Moderating effects of religious/spiritual coping in the relation between perceived stress and psychological well-being. *Pastoral Psychology*, 55(6), 751–759. <https://doi.org/10.1007/s11089-007-0080-3>
- Ledón, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(4), 488-499. <https://www.researchgate.net/publication/260770979>
- Leung, D. Y., Lam, T. H., & Chan, S. S. (2010). Three versions of Perceived Stress Scale: validation in a sample of Chinese cardiac patients who smoke. *BMC public health*, 10, 513. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-513>
- Lindfors, P., Berntsson, L., & Lundberg, U. (2006). Factor structure of Ryff's psychological well-being scales in Swedish female and male white-collar workers. *Personality and Individual Differences*, 40(6), 1213–1222. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.10.016>
- Löffler, C.S., Greitemeyer, T. (2021). Are women the more empathetic gender? The effects of gender role expectations. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01260-8>
- López, J., Perez-Rojo, G., Noriega, C., Carretero, I., Velasco, C., Martinez-Huertas, J. A., López-Frutos, P., & Galarraga, L. (2020). Psychological well-being among older adults during the COVID-19 outbreak: a comparative study of the young-old and the old-old adults. *International psychogeriatrics*, 32(11), 1365–1370. <https://doi.org/10.1017/S1041610220000964>

- Lostaunau, V., Torrejón, C. & Cassaretto, M. (2017). Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama. *Actualidades en Psicología*, 31(122), 75-90. <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v31i122.25345>
- Luft, C. D., Sanches, S., Mazo, G. Z., & Andrade, A. (2007). Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos [Brazilian version of the Perceived Stress Scale: translation and validation for the elderly]. *Revista de saude publica*, 41(4), 606–615. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102007000400015>
- Luna, Q. (2015). *Afrontamiento y personalidad en adolescentes en contextos de riesgo* (69-82). En Barcelata, B. (2015). *Adolescentes en riesgo. Una mirada a partir de la resiliencia*. Manual Moderno
- Lupano, L. & Castro, A. (2010). Psicología Positiva: Análisis desde su surgimiento. *Ciencias Psicológicas*, 4(1), 43-56. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v4n1/v4n1a05.pdf>
- Luthar, S. & Cushing, G. (1999). *Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview*. En M. Glantz & J. Johnson (eds.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (pp.129-160). Nueva York: Plenum Publishers.
- Luthar, S. (2003). Preface. En S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. xix-xxi). Cambridge, RU: Cambridge University Press. <https://assets.cambridge.org/97805218/07012/sample/9780521807012ws.pdf>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543–562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Lyubomirsky, S., King, L. & Diener E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855. <http://doi: 10.1037/0033-2909.131.6.803>.
- Macías, M. Madariaga, C., Valle, M. & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328600007>
- Mahdian, Z., Ghaffari, M. (2016). The mediating role of psychological resilience, and social support on the relationship between spiritual well-being and hope in cancer patients. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 18(3), 130-138. doi: 10.22038/jfmh.2016.6873
- Manzo, L. K.C., & Minello, A. (2020). Mothers, childcare duties, and remote working under COVID-19 lockdown in Italy: Cultivating communities of care. *Dialogues in Human Geography*, 10(2), 120–123. <https://doi.org/10.1177/2043820620934268>

- Mariñelarena, L. (2012). Surgimiento y desarrollo de la Psicología Positiva. Análisis desde una historiografía crítica. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad* 12, 9-22. <https://doi.org/10.18682/pd.v12i0.364>
- Martino, G., Catalano, A., Bellone, F., Russo, G. T., Vicario, C. M., Lasco, A., Quattropani, M. C., & Morabito, N. (2019). As time goes by: Anxiety negatively affects the perceived quality of life in patients with type 2 diabetes of long duration. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 1779. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01779>
- Maslow, A. (1968). *El Hombre Autorrealizado. Hacia una psicología del Ser*. Kairós
- Mashhadi, H. (2018). The role of Mediator's Spirituality in Relationship between Resilience and the Quality of life in Patients with type II diabetes. *International Journal of Applied Behavioral Sciences* 5(3), 34-40. <https://journals.sbm.ac.ir/ijabs/article/view/21808>
- Massey, C., Feig, E., Duque, L. & Huffman, J. (2017). Psychological Well-Being and Type 2 Diabetes. *Current Research in Diabetes & Obesity Journal*, 4(4), 1-6. <https://www.researchgate.net/publication/321986219>
- Masten, A. (1999). *Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity, en M. Wang y E. Gordon (eds.), Educational Resilience in Inner-City America: Challenges and Prospects* (pp.3-27). Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>
- Masten, A. & Powell, J. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. En S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 1-25). Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- Masten, A. & Tellegen, A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: contributions of the project competence longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 24, 345-361. <http://doi:10.1017/S095457941200003X>
- Matus, V. & Barra, E. (2013). Personalidad resistente, estrés percibido y bienestar psicológico en cuidadoras familiares de pacientes con cáncer terminal, *Psicología y Salud*, 23(2), 153-160. <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-2/23-2/Viviana%20Matus%20Donoso.pdf>
- Medina-Calvillo, M.A., Gutierrez-Hernández, C.Y. & Padrós-Blázquez, F. (2013). Propiedades psicométricas de la escala de bienestar psicológico de Ryff en población mexicana. *Revista de Educación y Desarrollo*, 27, 25-30

- Miniati, M., Fabrini, M. G., Genovesi Ebert, F., Mancino, M., Maglio, A., Massimetti, G., Massimetti, E., & Marazziti, D. (2018). Quality of Life, Depression, and Anxiety in Patients with Uveal Melanoma: A Review. *Journal of oncology*, 2018, 5253109. <https://doi.org/10.1155/2018/5253109>
- Mishra, A., Podder, V., Modgil, S., Khosla, R., Anand, A., Nagarathna, R., Malhotra, R., & Nagendra, H. (2020). Higher Perceived Stress and Poor Glycemic Changes in Prediabetics and Diabetics Among Indian Population. *Journal of medicine and life*, 13(2), 132-137. <https://doi.org/10.25122/jml-2019-0055>
- Moral de la Rubia, J. (2006). Análisis factorial y su aplicación al desarrollo de escalas. En Landero, R., & González, M. (Eds.) *Estadística con SPSS y metodología de la investigación*. (pp. 387-437). Trillas
- Moral de la Rubia, J. & Martínez, J. (2009). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Psicología y Salud*, 19(2), 189-196
- Moreira, A., Lotufo, F., & Koenig, G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 242-250
- Moura, H., Menezes, T., Freitas, R. A., Moreira, F. A., Pires, I. B., Nunes, A., & Sales, M. (2020). Faith and spirituality in the meaning of life of the elderly with Chronic Kidney Disease. *Revista brasileira de enfermagem*, 73 (3), e20190323. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0323>
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M.A., Suárez, E. N., Infante, F. & Grotberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud. OMS Washington. <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Resilman.pdf>
- Muñoz, S., Molina, D., Ochoa, R., Sánchez, O. & Esquivel, J. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediátrica Mexicana*, 41(1), 127-136. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2020/apms201q.pdf>
- Narro, R., (2018). *Enfermedades No Transmisibles, Situación y Propuestas de Acción: Una Perspectiva desde la Experiencia de México*. Secretaría de Salud, México.
- Nava, C., Vega, C. & Soria, R. (2009). Escala de modos de afrontamiento: consideraciones teóricas y metodológicas. *Universitas Psychologica*, 9(1), 139-147. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v9n1/v9n1a11.pdf>
- Naves, E. & Pais-Ribeiro, J.L. (2019). O Modelo de Coping de Folkman e Lazarus: Aspectos Históricos e Conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2),55-66. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>

- Neylan, T. (1998) Hans Selye and the Field of Stress Research. A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents,” by Hans Selye is reprinted by permission from Nature, 138. *The Journal of Neuropsychiatry*, 10(2), 230-231.
<https://neuro.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/jnp.10.2.230a>
- Nelson, J. M. (2009). *Psychology, religion, and spirituality*. Springer Science+ Business Media.
<https://doi.org/10.1007/978-0-387-87573-6>
- Nikolaus, C., Sinclair, K., Buchwald, D. & Suchy-Dicey, A. (2021). Association of stress and resilience with cardiometabolic health among American Indian and Alaska Native adults. *Preventive Medicine Reports*, 24, 101517. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2021.101517>
- Norma Oficial Mexicana, NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria (2010). *Diario Oficial de la Federación, México*.
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010
- Oblitas, L. (2008). Psicología de la salud: una ciencia del bienestar y la felicidad. *Avances en Psicología*, 16(1), 9-38.
<http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2008/psicologiasalud.pdf>
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Cengage Learning
- Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles[OMENT] (2016) *Asumiendo el control de la diabetes*. http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/11/FMidete_Asumiendo-Control-Diabetes-2016.pdf
- Oh, P. J., & Kim, Y. H. (2012). Meta-analysis of spiritual intervention *studies on biological, psychological, and spiritual outcomes* *Journal of Korean Academy of Nursing*, 42(6), 833–842.
<https://doi.org/10.4040/jkan.2012.42.6.833>
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud, suplemento de la 45a edición*. Ginebra. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud (2018a). *Enfermedades no transmisibles. Nota descriptiva*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Mundial de la Salud (2018b). *Las diez causas de muerte a nivel mundial. Nota descriptiva*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Organización Mundial de la Salud (2018c). *Diabetes. Nota descriptiva*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

- Ortega, A., & Salanova, M. (2016). Evolución de los modelos sobre el afrontamiento del estrés: hacia el coping positivo. *Ágora de Salud*, 3(1), 285-293. <http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2016.3.30>
- Ortiz, M. (2006). Estrés, estilo de afrontamiento y adherencia al tratamiento de adolescentes diabéticos tipo 1. *Terapia Psicológica*, 24(2), 139-147. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524203>
- Ortiz, M. S., & Sapunar, J. (2018). Estrés psicológico y síndrome metabólico. *Revista medica de Chile*, 146(11), 1278–1285. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872018001101278>
- Ovalle, O., Jiménez, I., Rascón, R., Gómez, R., Valdez, A., & Gamiochipi, M. (2019). Prevalencia de complicaciones de la diabetes y comorbilidades asociadas en medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Gaceta Médica de México*, 155, 30-38. <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2019/gm191e.pdf>
- Oviedo, M. & Reidl, L. (2007). Predictores psicológicos individuales de la calidad de vida en diabetes tipo 2. *Revista Mexicana de Psicología*, 24(1), 31-42. <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243020635005.pdf>
- Pagán-Torres, O.M., Rosario-Hernández, E., González-Rivera, J.A., & Martínez-Taboas, A. (2021). The mediating role of religious coping in perceived stress, psychological symptoms and psychological well-being in a sample of Puerto Rican adults. *Spiritual Psychology and Counseling*, 6 (1), 29–46. <https://dx.doi.org/10.37898/spc.2021.6.1.133>
- Pargament, K. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York, NY, US: Guilford Press
- Pargament, K. I., Ano, G. E., & Wachholtz, A. B. (2005). The Religious Dimension of Coping. Advances in theory, research, and practice. In Paloutzian, R. F. & Park, C. L. (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 479–495). New York: Guilford Press.
- Pargament, K., Smith, B., Koenig, H. & Pérez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710-724. <https://scholars.duke.edu/display/pub752176>
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *Journal of clinical psychology*, 56(4), 519–543. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(200004\)56:4<519::aid-jclp6>3.0.co;2-1](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(200004)56:4<519::aid-jclp6>3.0.co;2-1)
- Pargament, K., Koenig, H., Tarakeshwar, N. & Hahn, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year

- longitudinal study. *Journal of health psychology*, 9(6), 713-730.
<https://doi.org/10.1177/1359105304045366>
- 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. <https://doi.org/10.3390/rel2010051>
- Park, C. & Cohen, L (1993). Religious and nonreligious coping with the death of a friend. *Cognitive Therapy and Research*, 17(6), 561-577. <http://doi:10.1007/BF01176079>
- Park, C. & Folkman, S. (1997). Meaning in the Context of Stress and Coping. *Review of General Psychology*, 1(29), 115-144. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.2.115>
- Park, N., Peterson, C. & Sun, J. (2013). La psicología positiva: investigación y aplicaciones. *Terapia Psicológica*, 31, 11-19. <http://teps.cl/index.php/teps/article/view/83/99>
- Pengpid, S., & Peltzer, K. (2021). Chronic conditions, multimorbidity, and quality of life among patients attending monk healers and primary care clinics in Thailand. *Health and quality of life outcomes*, 19(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01707-x>
- Pressman, S. & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131(6), 925-971. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.925>
- Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2011a). Creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 5 (1), 25-36. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224114003>
- Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2011b) Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 69-82. <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v9n17/v9n17a07.pdf>
- Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2013). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencia y afrontamiento espiritual religioso y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Psicología desde el caribe*, 30(3), 590-619. <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n3/v30n3a08.pdf>
- Rassouliau, A., Gaiger, A., & Loeffler-Stastka, H. (2021). Gender Differences in Psychosocial, Religious, and Spiritual Aspects in Coping: A Cross-Sectional Study with Cancer Patients. *Women's health reports*, 2(1), 464-472. <https://doi.org/10.1089/whr.2021.0012>
- Real Academia Española (s/a). Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. <https://dle.rae.es>
- Reid-Arndt, S.A., Smith, M.L., Yoon, D.P., & Johnstone, B. (2011). Gender differences in spiritual experiences, religious practices, and congregational support for individuals with significant health

- conditions. *Journal of Religion, Disability & Health*, 15, 175–196.
<https://doi.org/10.1080/15228967.2011.566792>
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93.
- Remor E. & Carroble JA. (2001). Versión Española de la escala de estrés percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7 (2-3), 195-201.
- Revenson, T. & Hoyt, M. (2016). Chronic Illness and Mental Health. In: Howard S. Friedman (Ed.) *Encyclopedia of Mental Health*, 2a ed. (pp. 284-292). Academic Press.
<https://www.researchgate.net/publication/301928825>
- Richardson, G., Niger, B., Jensen, S. & Kumpfer, K. (1990). The resilience model. *Health Education*, 21, 33-39. <https://doi.org/10.1080/00970050.1990.10614589>
- Rivera-Ledezma, A. & Montero, M. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 28(6), 51-58.
- Rivera-Ledezma, A. & Montero, M. (2007). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 30(1), 39-47. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v30n1/0185-3325-sm-30-01-39.pdf>
- Rivera, A., Montero, M. & Sandoval, R. (2009). Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. *Salud Mental*, 35(4), 329-337.
- Rodríguez, A. (2009). Resiliencia. *Revista de Psicopedagogía*, 26 (80), 291-302.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v26n80/v26n80a14.pdf>
- Rodríguez, L. (2010) Estrés: una propuesta naturalista. *SUMMA Psicológica*, 7(1), 51-62.
https://www.researchgate.net/publication/47628093_Estres_una_propuesta_naturalista
- Rodríguez, L., Ocampo, I. & Nava, C. (2009). Relación entre valoración de una situación y capacidad para enfrentarla. *SUMMA Psicológica*, 6 (1), 25-41. <https://dialnet.unirioja.es>
- Rodríguez, M. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodrigues, L. R., Nader, I. D., Melo e Silva, A. T., Tavares, D. M., Assunção, L. M., & Molina, N. P. (2017). Spirituality and religiosity related to socio-demographic data of the elderly population. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 18(4), 429-436 <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000400002>

- Rohde, G.E., Young, T., Winstanley, J., Arraras, J.I., Black, K., Boyle, F., Bredart, A., Costantini, A., Guo, J., Irrarrazaval, M.E., Kobayashi, K., Kruizinga, R., Navarro, M., Omidvari, S., Serpentini, S., Spry, N., van Laarhoven, H., Yang, G., & Vivat., B. (2019). Associations between sex, age and spiritual well-being scores on the EORTC QLQ-SWB32 for patients receiving palliative care for cancer: a further analysis of data from an international validation study. *European Journal of Cancer Care* 28, e13145. <https://doi.org/10.1111/ecc.13145>
- Rojas-Martínez, R., Basto-Abreu, A., Aguilar-Salinas, C.A., Rojas, Z.R., Villalpando, S., Barrientos-Gutiérrez, T. (2018). Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. *Salud Publica de México*, 60(3), 224-232. <https://doi.org/10.21149/8566>
- Rudaz, M., Ledermann, T., & Grzywacz, J. G. (2019). The Influence of Daily Spiritual Experiences and Gender on Subjective Well-Being Over Time in Cancer Survivors. *Archive for the psychology of religion* 41(2), 159–171. <https://doi.org/10.1177/0084672419839800>
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147(6), 598-611. <https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>
- Rutter, M. (1990). *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. En J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & S. Weintraub. (Eds.) *Risk and protective factors in the development of psychopathology (pp.181-214)*. New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14 (8), 626-631. [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(93\)90196-V](https://doi.org/10.1016/1054-139X(93)90196-V)
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12. <http://doi:10.1196/annals.1376.002>
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24, 335-344. <http://doi:10.1017/S0954579412000028>
- Ryan, R. & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166. <https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryff, C. (1989). Happiness Is everything, or Is It? explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality y Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>

- Ryff, C. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 10-28. <https://doi.org/10.1159/000353263>.
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The Structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Ryff, C., Keyes, C. & Hughes, D. (2003). Status inequalities, perceived discrimination, and eudaimonic well-being: Do the challenges of minority life hone purpose and growth? *Journal of Health and Social Psychology*, 44(3), 275-291. <https://doi.org/10.2307/1519779>
- Ryff, C., Love, G., Urry, H., Muller, D., Rosenkranz, M., Friedman, E., Davidson, R. & Singer, B. (2006). Psychological well-being and ill-being: Do they have distinct or mirrored biological correlates? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 85-95. <https://www.researchgate.net/publication/7270149>
- Ryff, C., Singer, B., & Love, G. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B*, 359, 1383-1394. <http://doi.org/10.1098/rstb.2004.1521>
- Saavedra, E., & Villalta, M. (2008). Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit*, 14, 31-40. <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v14n14/a05v14n14.pdf>
- Saavedra, E., Salas, G., Cornejo, C. & Morales, P. (2015). *Resiliencia y Calidad de Vida. La Psicología Educacional en diálogo con otras disciplinas*. Universidad Católica del Maule. Santiago de Chile. https://www.academia.edu/30917204/LIBRO_RESILIENCIA.pdf
- Saffari, M., Lin, C. Y., Chen, H., & Pakpour, A. H. (2019). The role of religious coping and social support on medication adherence and quality of life among the elderly with type 2 diabetes. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 28(8), 2183–2193. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02183-z>
- Salari, N., Kazeminia, M., Abdi, A., Abdolmaleki, A., Abdoli, N., Mohammadi, M., Shohaimi, M. (2021). Effects of counselling and spiritual care program on anxiety in patients with chronic diseases: A systematic review and meta-analysis. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02263-9>
- Sammur, R., Azzopardi, C. & Camilleri, L. (2020). Spiritual coping strategies and quality of life in older adults who have sustained a hip fracture: A cross-sectional survey. *Nursing Open*, 8(2), 572-581. <https://doi.org/10.1002/nop2.662>

- Sambu, L., & Mhongo, S. (2019). Age and gender in relation to resilience after the experience of trauma among internally displaced persons (IDPS) in Kiambaa Village, Eldoret East Sub-County, Kenya. *Journal of Psychology and Behavioral Science*, 7(1), 31-40. <https://doi.org/10.15640/jpbs.v7n1a4>
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 141-157. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33730109>
- Sandín, B. & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39-54. [http://www.aepp.net/arc/03.2003\(1\).Sandin-Chorot.pdf](http://www.aepp.net/arc/03.2003(1).Sandin-Chorot.pdf)
- Sandoval, A. (2019). La resiliencia en adultos con diabetes tipo 2: revisión teórica (2007-2018). *Caleidoscopio, Revista Semestral De Ciencias Sociales Y Humanidades*, 23(41), 105-130. <https://doi.org/10.33064/41crscsh1830>
- Satorres, E. (2013). *Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital*. Tesis doctoral, Facultad de Psicología, Valencia. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=78491>
- Schnabel, L., Hackett, C., & McClendon, D. (2018). Where men appear more religious than women: Turning a gender lens on religion in Israel. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 57(1), 80–94.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychological Association*, 55, (1), 5-14. https://www.researchgate.net/publication/11946304_Positive_Psychology_An_Introduction
- Sen, H., Colucci, L. & Browne, D. T. (2022). Keeping the Faith: Religion, Positive Coping, and Mental Health of Caregivers During COVID-19. *Frontiers in psychology*, 12, 805019. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.805019>
- Serra, M. (2016). Las enfermedades crónicas no transmisibles: una mirada actual ante el reto. *Finlay. Revista electrónica*. <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/418>
- Serra, M., Serra, M. & Viera, M. (2018). Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. *Finlay, Revista electrónica*. <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n2/rf08208.pdf>
- Shamsalinia, A., Pourghaznein, T., & Parsa, M. (2015). The Relationship Between Hope and Religious Coping Among Patients With Type 2 Diabetes. *Global journal of health science*, 8(1), 208–216. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n1p208>
- Stefanek, M., McDonald, P. G., & Hess, S. A. (2005). Religion, spirituality and cancer: current status and methodological challenges. *Psychooncology*, 14(6), 450–463. <https://doi.org/10.1002/pon.861>

- Seybold, K. & Hill, P. (2001). The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Current Directions Psychological Science*, 10(1), 21-24. <https://doi.org/10.1111/1467-721.00106>
- Sirera, R., Sánchez, P. & Campos, C. (2006). Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 35-48. <http://revistas.ucm.es>
- Skok, A., Harvey, D., & Reddihough, D. (2006). Perceived stress, perceived social support, and wellbeing among mothers of school-aged children with cerebral palsy. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 31(1), 53–57. <https://doi.org/10.1080/13668250600561929>
- Somerfield, M. & McCrae, R. (2000). Stress and coping research: methodological Challenges, theoretical advances, and clinical applications. *American Psychologist*, 55(6), 620-625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.6.620>
- Sociedad Mexicana de Psicología (2009). *Código ético del Psicólogo*. Ed. Trillas. México
- Suls, J., David, J. P., & Harvey, J. H. (1996). Personality and coping: Three generations of research. *Journal of Personality*, 64(4), 711-735. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00942.x>
- Soto, G., Moreno, L. & Pahua, D. (2016). Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 59(6), 8-22. http://www.pve.unam.mx/informacion/medicina/facmed_nov-dic-2016.pdf
- Stanton, A., Revenson, T. & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 565-592. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085615>
- Straub, R. H., & Cutolo, M. (2018). Psychoneuroimmunology-developments in stress research. *Wiener medizinische Wochenschrift (1946)*, 168(3-4), 76–84. <https://doi.org/10.1007/s10354-017-0574-2>
- Surwit, R., Van Tilburg, M., Zucker, N., McCaskill, C., Parekh, P., Feinglos, M., Edwards, C., Williams, P. & Lane, J. (2002). Stress management improves long-term glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 47(2), 30-34. <https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/25/1/30.full.pdf>
- Świątoniowska-Lonc, N., Tański, W., Polański, J., Jankowska-Polańska, B., & Mazur, G. (2021). Psychosocial Determinants of Treatment Adherence in Patients with Type 2 Diabetes - A Review. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy*, 14, 2701–2715. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S308322>
- Szabo, S., Yoshida, M., Filakovszky, J. & Juhasz, G. (2017). Stress is 80 Years Old: From Hans Selye Original Paper in 1936 to Recent Advances in GI Ulceration. *Current Pharmaceutical Design*, 23(27), 4029-4041. <http://doi:10.2174/1381612823666170622110046>

- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2013). Using multivariate statistics. Pearson
- Tirumalesh, M. & Chandraiah, K. (2017). Psychological Wellbeing Among Diabetes Mellitus Patients. *International Journal of Management and Applied Science*, 3(8), 29-31. http://www.ijra.in/journal/journal_file/journal_pdf/14-393-150848481729-31.pdf
- TMGH-Global COVID-19 Collaborative (2021). Perceived stress of quarantine and isolation during COVID-19 pandemic: A Global Survey. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 656664. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.656664>
- Tyler, J., Lam, J., Scurrah, K., & Dite, G. (2020). The Association Between Chronic Disease and Psychological Distress: An Australian Twin Study. *Twin research and human genetics: the official journal of the International Society for Twin Studies*, 23(6), 322–329. <https://doi.org/10.1017/thg.2020.86>
- Ungar, M. (2001). Constructing narratives of resilience with high risk youth. *Journal of Systemic Therapies*, 20 (2), 58-73. <https://doi.org/10.1521/jsyt.20.2.58.23040>
- Uriarte, J. (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica*, 10 (2), 61-79. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17510206>
- Vaillant, G. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of abnormal psychology*, 103, 44-50. <http://doi:10.1037/0021-843X.103.1.44>
- Vanistendael, S. (1995). *Cómo crecer superando los percances. Resiliencia: capitalizar las fuerzas del individuo*. Ginebra: International Catholic Child Bureau.
- Vázquez, C. & Castilla, C.(2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2), 385 - 404. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707220385A>
- Vázquez, C. & Hervás, G. (2008). Salud mental positiva: del síntoma al bienestar. Capítulo publicado en Vázquez, C. & Hervás, C. (2008). *Psicología Positiva aplicada* (pp. 17-39). Bilbao: Desclee de Brower.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. & Gómez, D. (2009). Bienestar Psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28. http://institucionales.us.es/apcs/doc/APCS_5_esp_15-28.pdf
- Vera, B. (2006). Psicología Positiva: una nueva forma de entender la Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 3-8. <http://www.cop.es/papeles>

- Vinaccia, S. & Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2), 125-137. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67910202>
- Vinaccia, S. & Quiceno, J. (2012). Calidad de Vida Relacionada Con La Salud y Enfermedad Crónica: Estudios Colombianos. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 6(1), 123-136. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862012000100010
- Vinaccia, S., Quiceno, J. & Remor, E. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de Psicología*, 28 (2), 366-377. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723135007>
- Walker, R., Garacci, E., Campbell, J. & Egede, L. E. (2020). The influence of daily stress on glycemic control and mortality in adults with diabetes. *Journal of behavioral medicine*, 43(5), 723-731. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00109-1>
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678–691. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.4.678>
- Watkins, Y. J., Quinn, L. T., Ruggiero, L., Quinn, M. T., & Choi, Y. K. (2013). Spiritual and religious beliefs and practices and social support's relationship to diabetes self-care activities in African Americans. *The Diabetes educator*, 39(2), 231–239. <https://doi.org/10.1177/0145721713475843>
- Weitzel, E. C., Löbner, M., Röhr, S., Pabst, A., Reininghaus, U., & Riedel-Heller, S. G. (2021). Prevalence of High Resilience in Old Age and Association with Perceived Threat of COVID-19-Results from a Representative Survey. *International journal of environmental research and public health*, 18(13), 7173. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137173>
- Werner, E. & Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.
- Williams, G., McGregor, H., Zeldman, A., Freedman, Z. & Decci, E. (2004). Testing a Self-Determination Theory Process Model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology*, 23(1), 58-66.
- World Health Organization (2019). Classification of diabetes mellitus. *World Health Organization*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325182>.

- Yazla, E., Karadere, M. E., Küçükler, F. K., Karşıdağ, Ç., İnanç, L., Kankoç, E., Dönertaş, M., & Demir, E. (2018). The Effect of Religious Belief and Forgiveness on Coping with Diabetes. *Journal of religion and health*, 57(3), 1010–1019. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0504-z>
- Yi, J., Smith, R., Vitaliano, P., Yi, J., Mai, S. & Hillman, M. (2009). A person-focused analysis of resilience resources and coping in patients with diabetes. *Stress & Health*, 26(1), 51-60. <https://doi:10.1002/smi.1258>
- Yi, J., Vitalino, P., Smith, R., Yi, J. & Weinger, K. (2008). The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 13, 311-325. <https://doi10.1348/135910707X186994>.
- Yıldırım, M., Kızılgöçit, M., Seçer, İ., Karabulut, F., Angın, Y., Dağcı, A., Vural, M. E., Bayram, N. N., & Çinici, M. (2021). Meaning in Life, Religious Coping, and Loneliness During the Coronavirus Health Crisis in Turkey. *Journal of religion and health*, 60(4), 2371–2385. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01173-7>
- Yoffe, L. (2015). Afrontamiento religioso espiritual de la pérdida de un ser querido. *Avances en Psicología*, 23(2), 155-176. <http://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/160>
- Yu, B., Li, C., Sun, Y., & Wang, D. W. (2021). Insulin Treatment Is Associated with Increased Mortality in Patients with COVID-19 and Type 2 Diabetes. *Cell metabolism*, 33(1), 65–77. <https://doi.org/10.1016/j.cmet.2020.11.014>
- Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., Cole, B., Rye, M. S., Butter, E. M., Belavich, T. G., Hipp, K. M., Scott, A. B., & Kadar, J. L. (1997). Religion and spirituality: Unfuzzifying the fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36(4), 549–564. <https://doi.org/10.2307/1387689>
- Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., & Scott, A. B. (1999). The emerging meanings of religiousness and spirituality: Problems and prospects. *Journal of Personality*, 67(6), 889–919. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00077>
- Zinnbauer, B. J., & Pargament, K. I. (2005). *Religiousness and spirituality*. In Paloutzian, R. F. & Park, C. L. (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 21–42). New York: Guilford Press.
- Zhang, Z., & Yuan, K. H. (2016). Robust Coefficients Alpha and Omega and Confidence Intervals With Outlying Observations and Missing Data: Methods and Software. *Educational and psychological measurement*, 76(3), 387–411. <https://doi.org/10.1177/0013164415594658>

- Zhang, S. X., Wang, Y., Rauch, A., & Wei, F. (2020). Unprecedented disruption of lives and work: Health, distress and life satisfaction of working adults in China one month into the COVID-19 outbreak. *Psychiatry research*, 288, 112958. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112958>
- Zubieta, E., Fernández, O. & Sosa F. (2012). Bienestar, valores y variables asociadas. *Boletín de Psicología*, 106, 7-27. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4065959>

ANEXOS

Anexo A. Estadísticos descriptivos de las escalas

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de las Escalas

Escala	Item	Media	D.E.	Asimetría	Curtosis
Estrés percibido	EP1	1.62	.916	.249	-.234
	EP2	1.61	.996	.321	-.368
	EP3	1.86	.906	.452	.035
	EP4	1.20	.814	.597	.759
	EP5	1.18	.833	.281	-.381
	EP6	1.00	.788	.453	.089
	EP7	1.12	.807	.259	-.372
	EP8	1.57	1.011	.247	-.254
	EP9	1.09	.814	.661	.900
	EP10	1.33	.897	.511	.375
	EP11	1.56	.941	.256	-.201
	EP12	1.71	.889	.303	-.217
	EP13	1.19	.866	.605	.284
	EP14	1.35	.887	.320	-.199
Resiliencia	R1	3.96	1.052	-.872	-.369
	R2	4.19	.929	-1.170	.699
	R3	3.77	1.017	-.550	-.774
	R4	3.91	1.028	-.756	-.527
	R5	4.08	.986	-.902	-.193
	R6	3.95	.976	-.758	-.348
	R7	3.92	1.021	-.779	-.412
	R8	3.88	1.031	-.697	-.624
	R9	4.03	1.001	-.858	-.297
	R10	3.97	.948	-.718	-.333
	R11	3.92	1.034	-.820	-.076
	R12	4.04	.944	-.810	-.194

	R13	3.79	1.013	-.508	-.807
	R14	3.95	1.002	-.622	-.692
	R15	4.27	.910	-1.262	.828
	R16	4.17	.894	-1.110	.670
	R17	4.30	.809	-1.210	1.240
	R18	3.98	1.001	-.893	-.140
	R19	3.74	1.042	-.583	-.830
	R20	4.01	.945	-.898	.105
	R21	4.05	.971	-.898	-.046
	R22	3.70	1.071	-.471	-1.027
	R23	3.76	1.039	-.553	-.843
	R24	3.91	.961	-.831	-.081
	R25	4.09	.925	-1.031	.464
	R26	3.95	.940	-.791	-.142
	R27	3.92	.955	-.754	-.267
	R28	3.89	.983	-.736	-.398
	R29	3.82	.973	-.729	-.327
	R30	3.94	1.014	-.735	-.525
	R31	4.20	.899	-1.143	.676
	R32	4.19	.966	-1.122	.292
Afrontamiento religioso	AR1	2.70	1.171	-.479	-.917
	AR2	2.56	1.136	-.385	-.821
	AR3	2.54	1.205	-.387	-.846
	AR4	2.42	1.222	-.293	-.941
	AR5	2.28	1.304	-.241	-1.134
	AR6	2.40	1.204	-.266	-.913
	AR7	1.13	1.292	.145	-1.086
	AR8	1.67	1.269	.397	-.905
	AR9	1.59	1.243	.406	-.830
	AR10	1.47	1.133	.513	-.573
	AR11	1.39	1.192	.466	-.814

	AR12	1.43	1.214	.518	-.711
Espiritualidad	E1	4.68	1.116	-1.122	1.261
	E2	4.98	.874	-.993	1.937
	E3	4.82	1.106	-.883	.609
	E4	4.15	1.062	-.428	.055
	E5	4.70	1.230	-.938	.358
	E6	5.37	.714	-.762	-.383
	E7	5.08	.793	-.206	-1.220
	E8	4.36	1.125	-.713	.313
	E9	5.52	.599	-.864	-.243
	E10	4.02	1.382	-.477	-.428
	E11	4.74	1.248	-.895	.240
	E12	4.79	1.175	-1.104	1.164
	E13	5.13	.662	-.157	-.743
	E14	4.61	1.242	-.935	.479
	E15	3.87	1.202	-.279	-.324
Bienestar psicológico	BP1	5.04	.763	-.302	-.429
	BP2	4.56	1.251	-.749	-.191
	BP3	4.68	1.082	-.591	-.150
	BP4	4.51	1.127	-.472	-.460
	BP5	4.76	1.00	-.656	.173
	BP6	4.92	.917	-.715	.334
	BP7	5.17	.836	-.554	-.633
	BP8	4.69	1.272	-.738	-.456
	BP9	4.60	1.073	-.601	-.001
	BP10	4.69	.949	-.628	.137
	BP11	4.94	.902	-.717	.339
	BP12	4.68	1.184	-.715	-.275
	BP13	4.62	1.057	-.639	.138
	BP14	4.78	.954	-.642	.268
	BP15	4.96	.956	-.757	.225

	BP16	4.93	.984	-.797	.470
	BP17	5.04	.828	-.398	-.574
	BP18	4.53	1.263	-.937	.460
	BP19	4.71	.976	-.524	-.027
	BP20	4.91	.931	-.716	.329
	BP21	5.13	.886	-.769	.182
	BP22	4.66	1.186	-.697	-.413
	BP23	4.58	1.174	-.743	-.090
	BP24	5.07	.792	-.300	-.872
	BP25	4.81	1.111	-.770	-.121
	BP26	4.80	1.089	-.803	.109
	BP27	5.00	.904	-.596	-.185
	BP28	5.14	.866	-.621	-.369
	BP29	4.75	.983	-.562	-.014

Anexo B. Análisis Factorial Exploratorio (AFE)

ANEXO B.1. AFE ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO

Tabla 2

Estructura Factorial Exploratoria de la Escala de Estrés Percibido PSS-14

Ítem	Factor 1	Factor 2	Comunalidades	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
EP5 ¿Con qué frecuencia has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?	.724	.213	.570	.875
EP6 ¿Con qué frecuencia has estado seguro/a sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales?	.721	.220	.568	.875
EP7 ¿Con qué frecuencia has sentido que las cosas te van bien?	.682	.260	.533	.875
EP9 ¿Con qué frecuencia has podido controlar las dificultades de tu vida?	.618	.210	.427	.878
EP13 ¿Con qué frecuencia has podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)?	.576	.291	.416	.877
EP4 ¿Con qué frecuencia has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	.523	.131	.291	.883
EP10 ¿Con qué frecuencia has sentido que tienes el control de todo?	.500	.398	.409	.877
EP3 ¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso/a o estresado/a (lleno de tensión)?	.196	.699	.527	.879
EP1 ¿Con qué frecuencia has estado afectado/a por algo que ha ocurrido inesperadamente?	.170	.652	.454	.881

EP11 ¿Con qué frecuencia has estado enfadado/a porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?	.311	.622	.484	.876
EP12 ¿Con qué frecuencia has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?	.172	.590	.378	.882
EP14 ¿Con qué frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?	.499	.467	.468	.874
EP2 ¿Con qué frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?	.367	.389	.286	.881
EP8 ¿Con qué frecuencia has sentido que no podrías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?	.393	.355	.280	.882
Alfa de Cronbach	.850	.811		

ANEXO B.2. AFE CUESTIONARIO DE RESILIENCIA

Tabla 3

Estructura Factorial Exploratoria del Cuestionario de Resiliencia

Ítem	FPI	FPE	FE	Comuna- lidades	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
R27 Puedo reconocer lo bueno y malo en mi vida	.722	.270	.142	.615	.966
R29 Puedo cambiar cuando me equivoco	.701	.255	.156	.581	.966
R14 Tengo personas que me quieren a pesar de lo que sea o haga	.675	.198	.329	.603	.966
R28 Puedo reconocer mis cualidades y defectos	.665	.245	.214	.548	.966
R30 Puedo aprender de mis errores	.661	.216	.258	.550	.966
R26 Puedo imaginar las consecuencias de mis actos	.617	.414	.154	.576	.965
R12 Hay personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro	.572	.220	.372	.514	.966
R13 Cerca de mí hay amigos en quien confiar	.570	.187	.348	.480	.966
R17 Estoy dispuesto a responsabilizarme de mis actos	.561	.390	.233	.521	.966
R15 Tengo deseos de triunfar	.539	.530	.234	.626	.965
R10 Yo tengo personas que me quieren incondicionalmente	.523	.374	.395	.570	.965
R31 Tengo esperanza en el futuro	.520	.312	.346	.487	.966
R19 Estoy siempre tratando de ayudar a los demás	.512	.258	.410	.497	.966
R18 Estoy siempre pensando la forma de solucionar mis problemas	.487	.409	.229	.457	.966
R22 Comúnmente pienso en ayudar a los demás	.480	.244	.382	.435	.966
R32 Tengo Fe en que las cosas van a mejorar	.419	.296	.355	.390	.966
R5 Confío en mí mismo	.204	.747	.368	.735	.965

R6 Soy inteligente	.123	.740	.362	.694	.966
R4 Soy capaz de hacer lo que quiero		.682	.452	.673	.966
R20 Soy firme en mis decisiones	.402	.682	.230	.680	.965
R23 Enfrento mis problemas con serenidad	.342	.644		.541	.966
R16 Tengo metas a futuro	.378	.641	.292	.639	.965
R21 Me siento preparado para resolver mis problemas	.431	.634	.139	.607	.966
R24 Yo puedo controlar mi vida	.504	.609		.634	.965
R25 Puedo buscar la manera de resolver mis problemas	.527	.607	.140	.666	.965
R11 Conmigo hay personas que quieren que aprenda a desenvolverme sólo	.397	.442	.367	.487	.966
R3 Soy agradable con mis familiares	.230	.228	.725	.630	.966
R8 Soy amable	.446	.168	.617	.608	.966
R1 Yo soy feliz cuando hago algo bueno para los demás	.201	.378	.605	.549	.966
R9 Soy compartido	.551	.135	.558	.634	.966
R7 Yo soy acomedido o cooperador	.311	.457	.514	.570	.965
R2 Yo soy respetuoso de mí mismo y de los demás	.256	.400	.422	.404	.966
Alfa de Cronbach	.937	.921	.878		

ANEXO B.3. AFE INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO RELIGIOSO (IEAR)

Tabla 4

Estructura Factorial Exploratoria del Inventario de Estrategias de Afrontamiento Religioso

Ítem	Factor 1	Factor 2	Comuna- lidades	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
AR1 Continuar confiando en Dios	.830	.195	.727	.929
AR2 Buscar consuelo en Dios	.824	.294	.764	.927
AR4 Pensar que Dios siempre tiene el control	.768	.314	.688	.927
AR5 Aferrarme a mis creencias religiosas y espirituales	.738	.326	.652	.928
AR6 Creer que Dios tiene un propósito con esta situación	.736	.325	.647	.928
AR3 Encontrar fortaleza en la oración	.709	.403	.664	.927
AR11 Escuchar música sacra o religiosa	.280	.818	.749	.929
AR9 Leer textos sagrados de mi religión (ej. Biblia, Corán)	.414	.733	.708	.927
AR12 Recibir consejería o dirección espiritual por parte de un líder religioso	.273	.727	.603	.931
AR7 Buscar apoyo en mi comunidad de fe	.535	.639	.694	.926
AR8 Asistir a la iglesia o al templo	.453	.614	.581	.929
AR10 Leer otros libros de crecimiento espiritual	.108	.502	.264	.940
Alfa de Cronbach	.928	.887		

ANEXO B.4. AFE ESCALA DE ESPIRITUALIDAD DE DELANEY

Tabla 5

Estructura Factorial Exploratoria de la Escala de Espiritualidad

Ítem	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Comuna- lidades	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
EE11 Mi espiritualidad me da fortaleza interna	.697	.411	.223	.705	.897
EE12 Mi fe en un Poder Superior / Inteligencia Universal me ayuda a enfrentar los retos de mi vida	.673	.386	.268	.674	.897
EE14 La oración es una parte integral de mi naturaleza espiritual	.658	.329	.149	.564	.901
EE10 Yo tengo una relación con un Poder Superior / Inteligencia Universal	.645		.245	.484	.905
EE5 Yo creo en un Poder Superior / Inteligencia Universal	.573	.249	.302	.482	.902
EE4 Yo medito para tener contacto con mi espíritu	.491	.176	.409	.439	.903
EE3 Yo veo lo sagrado en la vida diaria	.439	.286	.422	.453	.902
EE8 Yo utilizo el silencio para ponerme en contacto conmigo misma/o	.363	.205	.335	.286	.907
EE6 Yo creo que todas las criaturas vivientes merecen respeto	.156	.738	.245	.629	.906
EE9 Yo creo que la naturaleza debe ser respetada	.257	.595	.148	.442	.907
EE7 Yo valoro el mantener y alimentar mis relaciones con los demás	.251	.478	.304	.384	.905
EE13 Yo respeto la diversidad de personas	.300	.476	.253	.380	.906
EE1 Yo tengo un sentido de propósito	.282	.244	.726	.665	.902

EE2 Yo soy feliz con la persona que he llegado a ser	.199	.353	.647	.583	.903
EE15 En ocasiones me siento una/o con el universo	.396	.187	.432	.379	.905
Alfa de Cronbach	.873	.755	.785		

ANEXO B.5. AFE ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF

Tabla 6

Estructura Factorial Exploratoria de la Escala de Bienestar Psicológico

Ítem	F1	F2	F3	F4	F5	F6	Comuna- lidades	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
BP16 Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí	.799	.210	.216	.205	.073	.175	.807	.964
BP20 Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida	.793	.200	.236	.271	.109	.141	.829	.964
BP15 Me siento bien cuando pienso en lo que je hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro	.769	.283	.249	.223	.058	.127	.803	.964
BP11 Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo	.761	.274	.188	.184	.148	.118	.759	.964
BP6 Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad	.756	.232	.223	.240	.123	.108	.759	.964
BP24 En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo	.634	.214	.269	.248	.344	-.044	.703	.964
BP17 Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad	.615	.252	.223	.241	.326	-.035	.656	.964
BP1 Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas	.580	.197	.297	.276	.296	-.140	.647	.964

BP7 En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo	.575	.279	.250	.331	.295	-.147	.689	.964
BP27 Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona	.562	.229	.258	.205	.528	.130	.772	.964
BP8 No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar	.186	.878	.226	.165	.104	.011	.896	.965
BP12 Siento que mis amistades me aportan muchas cosas	.244	.877	.201	.138	.068	.020	.893	.964
BP22 No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza	.234	.870	.206	.120	.122	.052	.886	.964
BP2 A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones	.219	.844	.230	.165	.110	.018	.853	.964
BP25 Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí	.310	.776	.243	.102	.131	.064	.788	.964
BP19 Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen	.222	.234	.855	.158	.094	.100	.878	.964
BP14 En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo	.287	.228	.815	.134	.099	.071	.832	.964
BP29 Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla	.206	.221	.812	.171	.145	.102	.811	.965

BP10 He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto	.318	.232	.763	.166	.121	-.052	.783	.964
BP5 Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga	.210	.304	.618	.271	.184	-.022	.626	.964
BP9 Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí	.262	.167	.158	.909	.073	.024	.953	.965
BP13 Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones	.260	.162	.173	.855	.126	.081	.876	.964
BP4 Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida	.171	.162	.237	.707	.159	-.016	.638	.965
BP3 No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente	.444	.127	.138	.595	.085	.155	.617	.965
BP18 Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general	.323	.075	.111	.578	.134	.549	.776	.965
BP23 Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos	.302	.124	.200	.502	.163	.478	.654	.965
BP28 Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento	.469	.225	.196	.201	.569	.091	.682	.965
BP21 En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo	.438	.131	.307	.262	.496	.092	.626	.965

BP26 Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona	.270	.294	.297	.181	.343	.122	.413	.965
---	------	------	------	------	-------------	------	------	------

Alfa de Cronbach	.901	.967	.917	.941	.851	.950		
------------------	------	------	------	------	------	------	--	--

Anexo C. Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)

ANEXO C.1. AFC ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO

Tabla 7

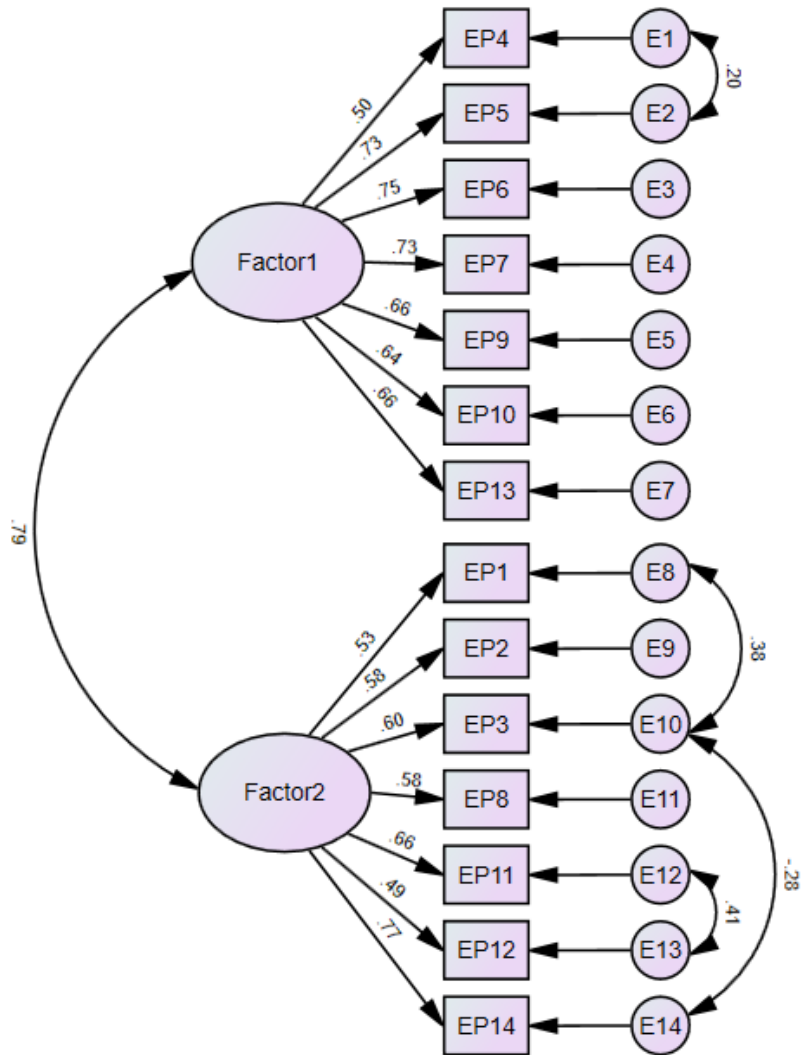
Índices de Bondad de Ajuste del AFC de la Escala de Estrés Percibido PSS-14

Modelo	Índices Absolutos				Índices incrementales			Índices de parsimonia	
	χ^2	χ^2/df	GFI	SRMR	NFI	TLI	CFI	AGFI	RMSEA
Modelo base de dos factores	349.346***	4.597	.885	.601	.843	.847	.872	.841	.094
Modelo ajustado	195.599***	2.717	.936	.0452	.912	.927	.942	.907	.065

Nota: χ^2 = chi cuadrado; $p < .05$ ***; df= grados de libertad; GFI= índice de bondad de ajuste; SRMR=raíz media cuadrática residual estandarizada; NFI= índice de ajuste normal; TLI= Índice Tucker-Lewis; CFI= Índice de Ajuste Comparativo; AGFI=índice de bondad ajustado; RMSEA= error medio cuadrático de aproximación

Figura 1

Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala de Estrés Percibido PSS-14



Nota: Factor1=A favor del control, Factor2=Pérdida de control

ANEXO C.2. AFC CUESTIONARIO DE RESILIENCIA

Tabla 8

Índices de Bondad de Ajuste del AFC del Cuestionario de Resiliencia

Modelo	Índices Absolutos			Índices incrementales				Índices de parsimonia	
	χ^2	χ^2/df	GFI	SRMR	NFI	TLI	CFI	AGFI	RMSEA
Modelo base de tres factores	2746.743***	5.958	.638	.0691	.732	.748	.766	.586	.111
Modelo ajustado	15.47.527***	3.501	.786	.0577	.849	.873	.887	.744	.079

Nota: χ^2 = chi cuadrado; $p < .05$ ***; df= grados de libertad; GFI= índice de bondad de ajuste; SRMR=raíz media cuadrática residual estandarizada; NFI= índice de ajuste normal; TLI= Índice Tucker-Lewis; CFI= Índice de Ajuste Comparativo; AGFI=índice de bondad ajustado; RMSEA= error medio cuadrático de aproximación

ANEXO C.3. AFC INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO RELIGIOSO (IEAR)

Tabla 9

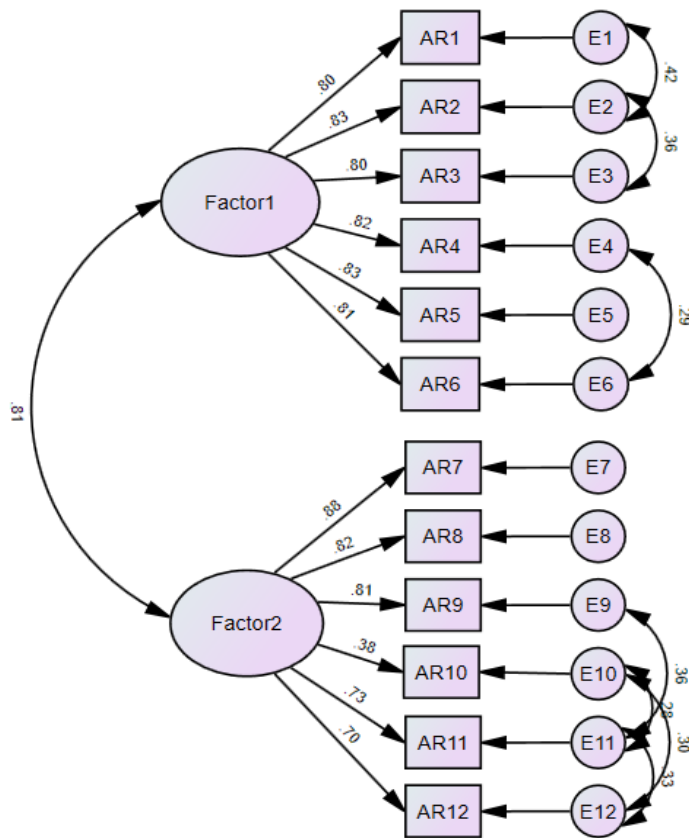
Índices de Bondad de Ajuste del AFC del Inventario de Estrategias de Afrontamiento Religioso

Modelo	Índices Absolutos				Índices incrementales			Índices de parsimonia	
	χ^2	χ^2/df	GFI	SRMR	NFI	TLI	CFI	AGFI	RMSEA
Modelo base de dos factores	416.75***	7.868	.845	.0547	.889	.877	.901	.771	.130
Modelo ajustado	152.311***	3.311	.944	.0328	.959	.959	.971	.906	.076

Nota: χ^2 = chi cuadrado; $p < .05$ ***; df= grados de libertad; GFI= índice de bondad de ajuste; SRMR=raíz media cuadrática residual estandarizada; NFI= índice de ajuste normal; TLI= Índice Tucker-Lewis; CFI= Índice de Ajuste Comparativo; AGFI=índice de bondad ajustado; RMSEA= error medio cuadrático de aproximación

Figura 3

Análisis Factorial Confirmatorio del Inventario de Estrategias de Afrontamiento Religioso



Nota: Factor1=Estrategias internas, Factor2=Estrategias externas

ANEXO C.4. AFC ESCALA DE ESPIRITUALIDAD DE DELANEY

Tabla 10

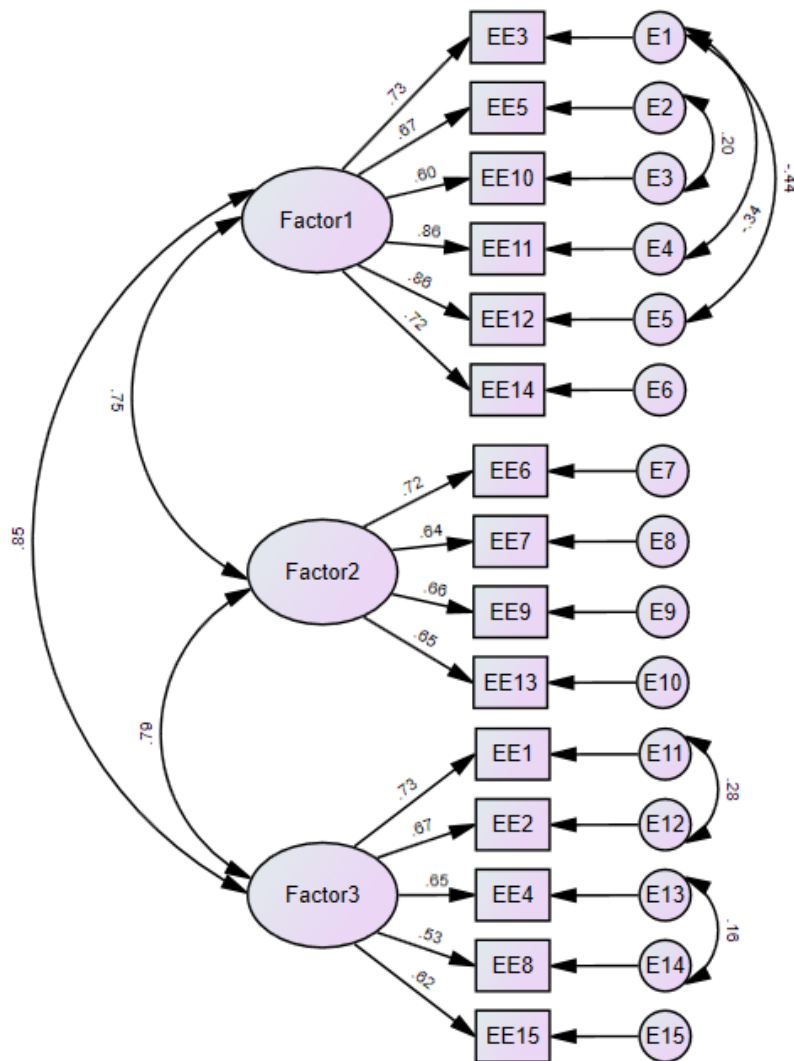
Índices de Bondad de Ajuste del AFC de la Escala de Espiritualidad

Modelo	Índices Absolutos				Índices incrementales			Índices de parsimonia	
	χ^2	χ^2/df	GFI	SRMR	NFI	TLI	CFI	AGFI	RMSEA
Modelo base de tres factores	308.242***	3.543	.907	.0480	.892	.902	.919	.872	.079
Modelo corregido	223.809***	2.729	.931	.0414	.921	.934	.948	.899	.065

Nota: χ^2 = chi cuadrado; $p < .05$ ***; df= grados de libertad; GFI= índice de bondad de ajuste; SRMR=raíz media cuadrática residual estandarizada; NFI= índice de ajuste normal; TLI= Índice Tucker-Lewis; CFI= Índice de Ajuste Comparativo; AGFI=índice de bondad ajustado; RMSEA= error medio cuadrático de aproximación

Figura 4

Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala de Espiritualidad



Nota: Factor1=Poder superior/Inteligencia universal, Factor2=Relaciones con los otros, factor3=Autodescubrimiento

ANEXO C.5. AFC ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF

Tabla 11

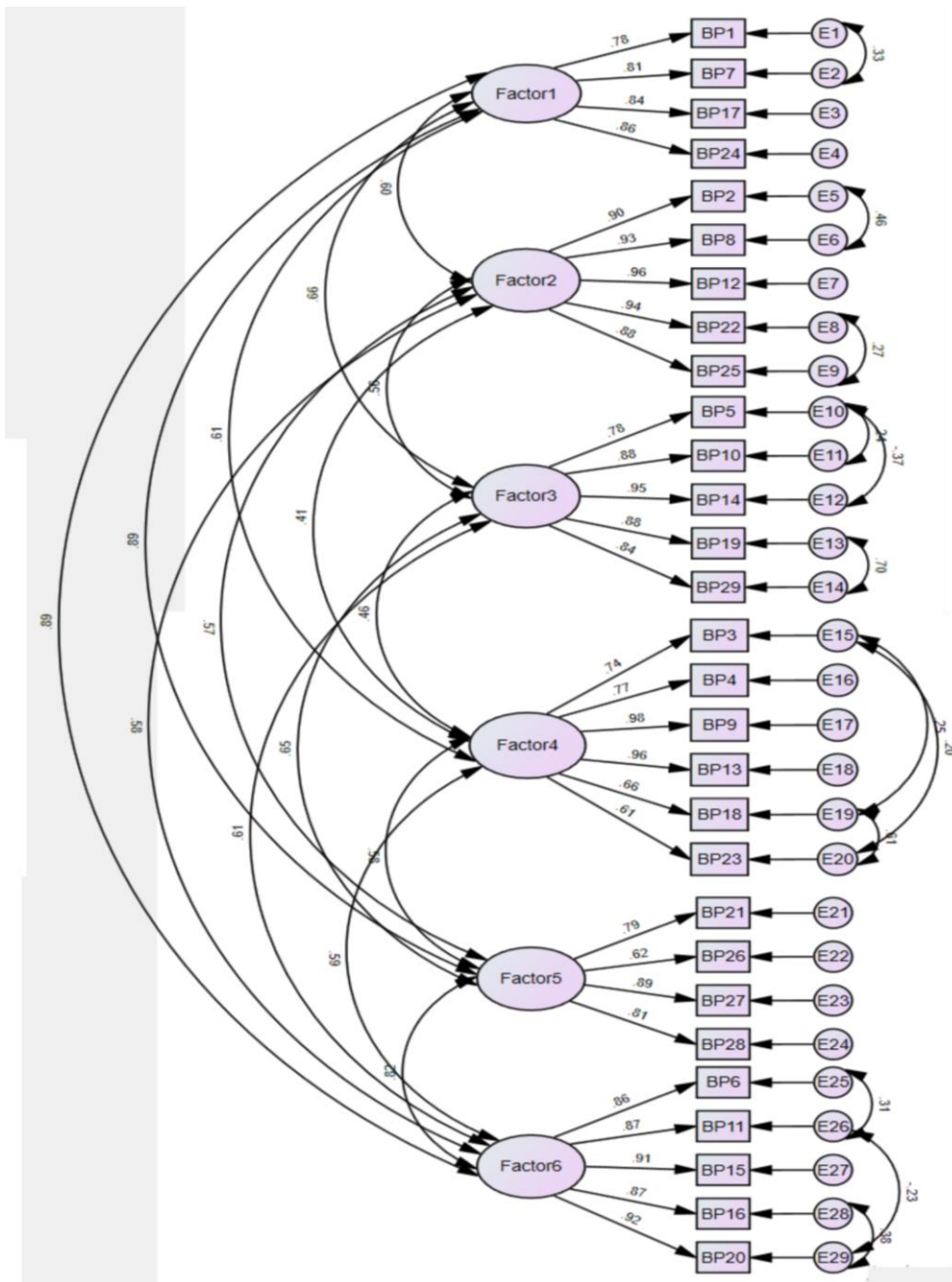
Índices de Bondad de Ajuste del AFC de la Escala de Bienestar Psicológico

Modelo	Índices Absolutos				Índices incrementales			Índices de parsimonia	
	χ^2	χ^2/df	GFI	SRMR	NFI	TLI	CFI	AGFI	RMSEA
Modelo base de tres factores	1478.480***	4.084	.790	.0636	.888	.902	.913	.748	.087
Modelo corregido	812.209***	2.321	.881	.0622	.938	.958	.964	.852	.057

Nota: χ^2 = chi cuadrado; $p < .05$ ***; df= grados de libertad; GFI= índice de bondad de ajuste; SRMR=raíz media cuadrática residual estandarizada; NFI= índice de ajuste normal; TLI= Índice Tucker-Lewis; CFI= Índice de Ajuste Comparativo; AGFI=índice de bondad ajustado; RMSEA= error medio cuadrático de aproximación

Figura 5

Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala de Bienestar Psicológico



Nota: Factor1=Autoaceptación, Factor2=Relaciones positivas, Factor3=Autonomía, Factor4=Dominio del entorno, Factor5=Crecimiento personal, Factor6=Propósito en la vida

Anexo D. Instrumentos

ANEXO D.1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Ciencias de la Conducta
Doctorado en Psicología**



Carta de consentimiento informado

Responsable del proyecto:

Mtra. María Gabriela Ramírez Jiménez

Por este medio, solicitamos atentamente su participación en el presente estudio, por lo que hacemos de su conocimiento información referente al mismo.

El objetivo es analizar la relación que tiene el estrés percibido, la resiliencia, el afrontamiento religioso y la espiritualidad a su vez, la relación que tienen las variables mencionadas con el bienestar psicológico de las personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de México. Se pretende que el conocimiento que se obtenga sea útil en el diseño y aplicación de programas de intervención psicológica que coadyuven a mejorar el estado de salud de las personas afectadas, así como su bienestar y calidad de vida.

Es importante mencionar que la participación no genera ningún riesgo individual, físico o psicológico además de ser totalmente voluntaria. Es probable que la participación no le traiga beneficios individuales, sin embargo, los resultados podrán ayudar a explicar los factores que contribuyen con el bienestar psicológico en personas con diabetes mellitus tipo 2.

La información que se obtenga es totalmente confidencial. El participante está en libertad de decidir no continuar en cualquier momento.



**Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Ciencias de la Conducta
Doctorado en Psicología**



Carta de consentimiento informado

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior, también he obtenido una respuesta clara y satisfactoria a mis preguntas. Se me ha proporcionado información acerca de que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados y difundidos con fines científicos, cuidando siempre la confidencialidad de los mismos.

Por tal motivo, manifiesto mi total acuerdo en participar voluntariamente en el estudio.

Atentamente

Nombre y firma del participante

ANEXO D.2. CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS



**Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Ciencias de la Conducta
Doctorado en Psicología
Cuestionario de datos generales y sociodemográficos.**



1. Folio

Hombre

2. Edad

3. Sexo

Mujer

4. Estado civil

Soltero(a) Casado(a) Unión libre Viudo(a) Divorciado(a) Separado(a)

5. Escolaridad (nivel máximo de estudios)

Primaria Secundaria Preparatoria Carrera Tec. Licenciatura Posgrado

6. Religión

Católica Cristiana Mormón Testigo de Jehová Otro

7. Sufre otro padecimiento, además de diabetes tipo 2

Si No En caso afirmativo, ¿Cuál?

8. Tiempo aproximado del diagnóstico 9. Fecha de diagnóstico

10. ¿Tiene hijos? ¿Cuántos?

11. ¿Con que regularidad asiste a atención médica? ¿Tiene prescripción de medicamentos?

12. ¿Cómo lleva el control de su enfermedad?

13. ¿Qué es lo más difícil que le ha resultado de su enfermedad?

14. ¿Cómo se sintió cuando le dieron su diagnóstico?

ANEXO D.3. ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO, GONZÁLEZ Y LANDERO (2007)

<p>Marque por favor la opción que mejor se adecúe a su situación actual, teniendo en cuenta el último mes.</p>	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
EE1. ¿Con qué frecuencia has estado afectado/a por algo que ha ocurrido inesperadamente?					
EE2. ¿Con qué frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?					
EE3. ¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso/a o estresado/a (lleno de tensión)?					
EE4. ¿Con qué frecuencia has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?					
EE5. ¿Con qué frecuencia has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?					
EE6. ¿Con qué frecuencia has estado seguro/a sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales?					
EE7. ¿Con qué frecuencia has sentido que las cosas te van bien?					
EE8. ¿Con qué frecuencia has sentido que no podrías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?					
EE9. ¿Con qué frecuencia has podido controlar las dificultades de tu vida?					
EE10. ¿Con qué frecuencia has sentido que tienes el control de todo?					
EE11. ¿Con qué frecuencia has estado enfadado/a porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?					
EE12. ¿Con qué frecuencia has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?					
EE13. ¿Con qué frecuencia has podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)?					
EE14. ¿Con qué frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?					

ANEXO D.4. CUESTIONARIO DE RESILIENCIA, GONZÁLEZ ARRATIA (2016)

A continuación, se presentan una serie de preguntas que tienen que ver con tu forma de pensar y actuar ante la vida. Por favor coloca una (X) en el cuadrado que más se acerque a lo que tú eres, pensando en qué medida crees que te sentiste, actuaste o te comportaste en una situación de crisis o cuando hayas tenido algún problema. Siempre ten presente la situación. No dejes ninguna pregunta sin contestar. Por tu colaboración, muchas gracias.

Pregunta	Siempre	La mayoría de las veces	Indeciso	Algunas veces	Nunca
R1. Yo soy feliz cuando hago algo bueno para los demás.					
R2. Yo soy respetuoso de mí mismo y de los demás.					
R3. Soy agradable con mis familiares.					
R4. Soy capaz de hacer lo que quiero.					
R5. Confío en mí mismo.					
R6. Soy inteligente.					
R7. Yo soy acomedido o cooperador					
R8. Soy amable					
R9. Soy compartido					
R10. Yo tengo personas que me quieren incondicionalmente					
R11. Conmigo hay personas que quieren que aprenda a desenvolverme sólo					
R12. Hay personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro					
R13. Cerca de mí hay amigos en quien confiar					
R14. Tengo personas que me quieren a pesar de lo que sea o haga					

Pregunta	Siempre	La mayoría de las veces	Indeciso	Algunas veces	Nunca
R15. Tengo deseos de triunfar					
R16. Tengo metas a futuro					
R17. Estoy dispuesto a responsabilizarme de mis actos					
R18. Estoy siempre pensando la forma de solucionar mis problemas					
R19. Estoy siempre tratando de ayudar a los demás					
R20. Soy firme en mis decisiones					
R21. Me siento preparado para resolver mis problemas					
R22. Comúnmente pienso en ayudar a los demás					
R23. Enfrento mis problemas con serenidad					
R24. Yo puedo controlar mi vida					
R25. Puedo buscar la manera de resolver mis problemas					
R26. Puedo imaginar las consecuencias de mis actos					
R27. Puedo reconocer lo bueno y malo en mi vida					
R28. Puedo reconocer mis cualidades y defectos					
R29. Puedo cambiar cuando me equivoco					
R30. Puedo aprender de mis errores					
R31. Tengo esperanza en el futuro					
R32. Tengo Fe en que las cosas van a mejorar					

ANEXO D.5. INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO RELIGIOSO (IEAR) GONZÁLEZ Y PAGÁN (2018)

Las siguientes afirmaciones tratan acerca de las distintas maneras con las que usted hace frente a las circunstancias problemáticas o difíciles de su vida. Trate de contestar cada pregunta pensando únicamente en su propia manera de actuar; no piense en cómo lo hacen otras personas. Trate de responder lo más apegado a la verdad que le sea posible. Cuando ha tenido que afrontar circunstancias difíciles o problemas graves en su vida, ¿con qué frecuencia ha hecho usted lo siguiente...?	Nunca	Un poco	Bastante	Mucho	Totalmente
AR1. Continuar confiando en Dios					
AR2. Buscar consuelo en Dios					
AR3. Encontrar fortaleza en la oración					
AR4. Pensar que Dios siempre tiene el control					
AR5. Aferrarme a mis creencias religiosas y espirituales					
AR6. Creer que Dios tiene un propósito con esta situación					
AR7. Buscar apoyo en mi comunidad de fe					
AR8. Asistir a la iglesia o al templo					
AR9. Leer textos sagrados de mi religión (ej. Biblia, Corán)					
AR10. Leer otros libros de crecimiento espiritual					
AR11. Escuchar música sacra o religiosa					
AR12. Recibir consejería o dirección espiritual por parte de un líder religioso					

ANEXO D.6 ESCALA DE ESPIRITUALIDAD DE DELANEY, GONZÁLEZ ET AL. (2017)

<p>Favor de indicar su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones encerrando en un círculo el número que corresponda a la opción que más se adecúe a su situación</p> <p>Afirmaciones:</p>	Fuertemente en desacuerdo	En desacuerdo	Mayormente en desacuerdo	Mayormente de acuerdo	De acuerdo	Fuertemente de acuerdo
EE1. Yo tengo un sentido de propósito						
EE2. Yo soy feliz con la persona que he llegado a ser						
EE3. Yo veo lo sagrado en la vida diaria						
EE4. Yo medito para tener contacto con mi espíritu						
EE5. Yo creo en un Poder Superior / Inteligencia Universal						
EE6. Yo creo que todas las criaturas vivientes merecen respeto						
EE7. Yo valoro el mantener y alimentar mis relaciones con los demás						
EE8. Yo utilizo el silencio para ponerme en contacto conmigo misma/o						
EE9. Yo creo que la naturaleza debe ser respetada						
EE10. Yo tengo una relación con un Poder Superior / Inteligencia Universal						
EE11. Mi espiritualidad me da fortaleza interna						
EE12. Mi fe en un Poder Superior / Inteligencia Universal me ayuda a enfrentar los retos de mi vida						
EE13. Yo respeto la diversidad de personas						
EE14. La oración es una parte integral de mi naturaleza espiritual						
EE15. En ocasiones me siento una/o con el universo						

ANEXO D.7 ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO, DÍAZ, ET AL. (2006)

<p>Las siguientes afirmaciones tratan acerca de las distintas maneras con las que usted hace frente a las circunstancias de su vida. Trate de contestar cada afirmación pensando únicamente en su propia manera de actuar; no piense en cómo lo hacen otras personas. Trate de responder lo más apegado a la verdad que le sea posible.</p> <p>Afirmaciones</p>	Totalmente en desacuerdo	Más desacuerdo que acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Más acuerdo que desacuerdo	Totalmente de acuerdo
BP1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas					
BP2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones					
BP3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente					
BP4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida					
BP5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga					
BP6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad					
BP7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo					
BP8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar					
BP9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí					
BP10. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto					
BP11. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo					
BP12. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas					
BP13. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones					
BP14. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo					
BP15. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro					
BP16. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí					
BP17. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad					
BP18. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general					
BP19. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen					

Afirmaciones	Totalmente en desacuerdo	Más desacuerdo que acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Más acuerdo que desacuerdo	Totalmente de acuerdo
BP20. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida					
BP21. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo					
BP22. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza					
BP23. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos					
BP24. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo					
BP25. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí					
BP26. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona					
BP27. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona					
BP28. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento					
BP29. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.					