

Resiliencia y Calidad de Vida en adultos con Diabetes tipo 1 y 2

PSIENCIA

REVISTA
LATINOAMERICANA
DE CIENCIA
PSICOLÓGICA

LATIN AMERICAN JOURNAL OF
PSYCHOLOGICAL SCIENCE

Godoy, Nadia Anahi; De Grandis, María Carolina; Caccia, Paula Agustina

Nadia Anahi Godoy ana.godoy27@hotmail.com

Universidad Abierta Interamericana, Argentina

María Carolina De Grandis

CONICET, Argentina

Paula Agustina Caccia

Universidad de Buenos Aires, Argentina

PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica

Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica, Argentina

ISSN-e: 2250-5504

Periodicidad: Cuatrimestral

vol. 11, núm. 1, 2021

editor@psiencia.org

Recepción: 15 Diciembre 2020

Aprobación: 20 Abril 2021

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/483/4832126010/index.html>

Resumen: Esta investigación surge con el objetivo de verificar si existe relación significativa entre Resiliencia y Calidad de Vida en Personas Adultas con Diabetes (tipo 1 y 2). La Resiliencia, es entendida como un producto o resultado de un ambiente insano, es decir, que se emplea para tener una vida sana en un medio insano (Rutter, 1999). A su vez, se la vinculó con la Calidad de Vida, planteada por Faden (1998) como una variable multidimensional, en la cual se agrupan diversas categorías referidas al bienestar físico, mental, social y económico, desde una perspectiva propia de los sujetos. Para llevar a cabo dicha investigación, se utilizó la Escala de Resiliencia (Wagnild y Young, 1993) y el Instrumento Diabetes 39 (Boyer, 1997). La muestra estuvo conformada por personas de ambos géneros (Femenino=56, Masculino=39, Otros=5). La edad media de los sujetos fue de 44 años (Ds=16.51, Min 20, Max 60), residentes de C.A.B A y Gran Buenos Aires, Argentina. Los resultados arrojaron que hay relación indirecta, es decir, a menor calidad de vida se asocia mayor nivel de Resiliencia en personas adultas con diabetes tipo 1 y 2 y que, en promedio, perciben que su calidad de vida está afectada en un 37,6% por dicha enfermedad.

Palabras clave: Resiliencia- Calidad de Vida- Adultos- Diabetes.

Abstract: This research arises with the objective of verifying if there is a significant relationship between Resilience and Quality of Life in Adults with Diabetes (type 1 and 2). Resilience is understood as a product or result of an unhealthy environment, that is, it is used to have a healthy life in an unhealthy environment (Rutter, 1999). In turn, it was linked to Quality of Life, proposed by Faden and Germán (1998) as a multidimensional variable, in which various categories related to physical, mental, social and economic well-being are grouped, from a perspective of the subjects. To carry out this research, the Resilience Scale (Wagnild and Young, 1993) and the Diabetes Instrument 39 (Boyer, 1997) were used. The sample consisted of people of both genders (Female = 56, Male = 39, Others = 5). The mean age of the subjects was 44 years (Ds = 16.51, Min 20, Max 60), residents of C.A.B A and Greater Buenos Aires, Argentina. The results showed that there is an indirect relationship, that is, lower quality of life is associated with a higher level of Resilience in adults with type 1 and 2 diabetes and that, on average, they perceive that their quality of life is affected by 37.6 % for said disease.

Keywords: Resilience- Quality of Life- Adults- Diabetes.

Introducción

Desde hace algunos años, dentro del campo de la psicología se ha hecho énfasis en estudiar los signos patológicos de los seres humanos. Esto creó una tendencia a visualizar más los indicios psicopatológicos y no darle tanta importancia a los aspectos o características positivas de los individuos que son beneficiosos para la salud mental (Garassini y Zavarce, 2010). Es por esto que se comienzan a investigar las potencialidades personales y del contexto social, que ayudan a disminuir los factores estresantes o negativos con respecto a la salud (Hernández y García, 2007).

Dentro de estas potencialidades personales y del contexto social, se encuentra la resiliencia, entendida como la habilidad para prevalecer óptimo y feliz ante los sufrimientos inesperados de la vida, como lo pueden ser las enfermedades crónicas (Mayordomo et al., 2016; Rutter, 1999).

La American Diabetes Association (2009) define a la diabetes mellitus (1 y 2) como una enfermedad metabólica, que causa a los sujetos que la padecen, un mal funcionamiento del páncreas. Los sujetos con diabetes no pueden absorber debidamente la glucosa, hormona que es producida por el páncreas, ocasionando así, muchas deficiencias en la salud. La aparición de enfermedades crónicas, como es la Diabetes (tipo 1 y 2) puede dificultar de forma gradual la Calidad de Vida de los sujetos. A causa de esto, son afectadas áreas importantes que están dentro de la variable, como el bienestar físico, psicológico y social (Melchioris et al., 2004; Quirantes Hernández et al., 2000).

Asimismo, la calidad de vida, ha quedado determinada como un constructo que está integrado por factores objetivos y factores subjetivos, que proceden de las condiciones de vida, de la acción que tenga el sujeto en el contexto social y de su percepción (Levi y Anderson, 1980). En la misma línea, los autores Quiceno y Vinaccia (2013) examinaron la resiliencia, percepción de enfermedad, creencia y afrontamiento espiritual religioso y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. Los resultados mostraron que la calidad de vida estaba influenciada significativamente por la resiliencia y la religión/espiritualidad, ya que indican un gran optimismo en la vida, además dichas variables aumentan las emociones positivas y funcionan como protección para la salud mental y la percepción de la enfermedad al disminuir los signos negativos.

En otra investigación realizada por Vinaccia y Orozco (2005) se estudiaron los impactos de las variables psicosociales sobre la calidad de vida en personas con enfermedades crónicas en las cuales se incluyó la diabetes. Se encontró en la revisión literaria pruebas que exponen el gran peso de las variables psicosociales en la calidad de vida, además de la gran necesidad de trabajar desde una mirada biopsicosocial, teniendo en cuenta que una dimensión puede alterar en la otra.

De esta manera, la presente investigación busca determinar si existe relación significativa entre Resiliencia y Calidad de Vida en Personas Adultas con Diabetes. Desde el área teórica, esta investigación puede brindar a la sociedad información, para que se pueda tener una visión más profunda sobre la resiliencia y como esta se asocia con la calidad de vida de adultos que padecen diabetes. Asimismo, este estudio beneficiaría futuras investigaciones, produciendo así nuevas teorías y ampliando el conocimiento que se tiene del tema.

Método

Diseño

El tipo de diseño de esta investigación es no experimental, de alcance correlacional y de corte transversal (Sampieri, 2010).

Participantes

La muestra fue no probabilística y estuvo compuesta por 100 personas de ambos géneros (Femenino=56, Masculino=39, Otros=5). La edad media de los sujetos fue de 44 años (Ds=16.51, Min 20, Max 60), residentes de C.A.B A y Gran Buenos Aires, Argentina. En cuanto al estado civil el 60% era casado/a o estaba en pareja, mientras que el 40% restante se hallaba soltero/a, divorciado/a o era viudo/a. Respecto al nivel educativo, el 18% tenía nivel primario completo, el 39% nivel secundario, el 21% nivel terciario y el 22% nivel universitario.

Como criterios de inclusión se contemplaron la edad (entre 20 o más años de edad) y el diagnóstico de diabetes tipo 1 o 2. Se excluyeron aquellas personas que estuvieran institucionalizadas en centros de día, hogares permanentes y geriátricos.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico. Se indagó sobre género, lugar de residencia, edad, estado civil, ocupación y nivel de educación.

Escala de Resiliencia (Wagnild y Young, 1993). Evalúa el nivel de Resiliencia en las personas. En esta investigación se utilizó la adaptación y validación argentina de Rodríguez et al. (2009) con un Alfa de Cronbach de 0,72.

Contiene 25 ítems, los cuales conforman 3 factores. El factor 1 “Capacidad de autoeficacia” está compuesto por los ítems 2, 3, 5, 6, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 y 23. El factor 2 “Capacidad de propósito y sentido de la vida” es formado por los ítems 1, 4, 7, 14 y 24. El factor 3 se denomina “Evitación cognitiva” y está conformado por los ítems 8, 11, 12, 22 y 25.

La forma de respuesta es con una escala tipo Likert, el participante deberá responder frente a cada una de las afirmaciones que se enuncian en función de si está el participante deberá responder frente a cada una de las afirmaciones las mismas oscila entre 1=totalmente en desacuerdo a 7= totalmente de acuerdo. Los ítems se evalúan de forma positiva. El puntaje total se calcula por la suma de los puntajes de la escala y los valores van desde 25 a 175. Los valores mayores a 147 indican mayor capacidad de resiliencia; entre 121- 146 moderada resiliencia y valores menores a 121 escasa resiliencia.

Instrumento Diabetes 39 (Boyer y Earp, 1997). Se utiliza para medir la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipos 1 y 2. Se utilizó la adaptación mexicana, validada por López y Rodríguez (2006) en Argentina. Contiene 39 ítems cerrados que se agrupan en cinco secciones: Energía-Movilidad, Control de la diabetes, Ansiedad-preocupación, Carga social y Funcionamiento sexual.

Los sujetos responden qué tanto está afectada su calidad de vida durante el último mes por la acción o actividad que expresa cada ítem, colocando una X en una escala de tipo análoga visual modificada, que en su versión original se presenta como una línea horizontal continua con marcas verticales que delimitan espacios donde se ubican los números 1 al 7, cuya escala de valores es el número 1 para nada afectado en lo absoluto y el 7 a sumamente afectado en la calidad de vida.

A continuación, las puntuaciones de cada sección se transforman a una escala de 0 a 100 mediante una fórmula para su conversión lineal. Contiene dos ítemes finales que califican la percepción del paciente acerca de su calidad de vida de manera global, con un rango del 1 (mínima) al 7 (máxima), y la severidad de la diabetes con un rango del 1 (ninguna severidad) al 7 (extremadamente grave). El primer ítem permite medir la percepción que el paciente tiene de su calidad de vida como un todo y determinar si existe correlación entre ésta y la calificación global de la calidad de vida obtenida con el instrumento. El instrumento no contiene una definición de calidad de vida, por lo que el paciente contesta de acuerdo con lo que significa este concepto en su percepción individual. El segundo ítem mide la percepción que el paciente tiene sobre la severidad de su diabetes y permite identificar si hay congruencia de este valor con la calificación de su calidad de vida.

Procedimiento

La selección de los participantes se realizó de acuerdo a los criterios de inclusión y de exclusión, teniendo en cuenta la edad requerida (a partir de 20 años).

Para obtener una muestra completa de 100 casos, se necesitó de Personas Adultas (según las edades establecidas) residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. Se les envió el link con el cuestionario desde la plataforma de Google Forms para que respondan de forma anónima, contestaron el consentimiento informado y luego, el Cuestionario la Escala de Resiliencia y El instrumento Diabetes 39.

Análisis de datos

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS, y se utilizó la prueba de U de Mann Whitney para analizar la existencia de diferencias significativas según género, y la de Rho de Spearman para comprobar correlaciones significativas entre variables. Se utilizarán dichas pruebas no paramétricas ya que la distribución de los datos evidenció ser no normal mediante la prueba de Kolmogorov Smirnov ($p < .05$). El nivel de significación se estableció para todos los análisis en $\alpha = .05$. Además, se calculó el Alpha de Cronbach para determinar la fiabilidad de los resultados, obteniéndose en la Escala de Resiliencia .899 y .961 para el Instrumentos Diabetes 39.

Resultados

Descripción de las variables

Tabla 1

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de las variables y dimensiones

	Min	Max	Ds	M de PD	M de PT
Resiliencia	35	175	19.05	128.02	
Capacidad de autoeficacia	21	105	12.00	75.00	
Capacidad de propósito y sentido de la vida	5	35	4.52	27.08	
Evitación cognitiva	9	35	5.17	25.86	
Energía y movilidad	17	96	18.17	49.64	38.48
Control de la diabetes	15	81	15.18	40.58	39.69
Ansiedad y preocupación	4	28	5.72	15.35	47.29
Carga social	5	34	7.25	13.37	27.90
Funcionamiento sexual	3	21	4.51	8.05	28.05
Calidad de vida afectada	53	245	44.83	126.99	37.60
Calidad de vida	1	7	1.17	3.63	43.83
Severidad de la Diabetes	1	7	1.27	4.22	53.66

Estadísticos descriptivos de las variables y dimensiones

Como se observa en la tabla 1, los participantes evidenciaron niveles altos de resiliencia, capacidad de autoeficacia, capacidad de propósito y sentido de vida, y de evitación cognitiva. Asimismo, se puede observar que lo que más ha afectado su calidad de vida es la ansiedad y la preocupación que les genera la diabetes. Consideran, en promedio, que dicha enfermedad afecta en un 37.6% su calidad de vida. En cambio, lo menos afectado sería el funcionamiento sexual y la carga social, entendida esta última como las restricciones que le implica la diabetes en su entorno social.

Análisis de Relación

Al llevar a cabo las correlaciones, se halló que la resiliencia se asoció negativamente con la ansiedad y la preocupación generada por la diabetes ($\rho = -.201, p < .045$), con la carga social ($\rho = -.220, p < .028$) y con la calidad de vida ($\rho = -.348, p < .027$). Asimismo, la capacidad de autoeficacia correlacionó negativamente con la calidad de vida ($\rho = -.335, p < .031$).

Por su parte, la evitación cognitiva se relacionó negativamente con la energía y la movilidad afectada por la diabetes ($\rho = -.219, p < .036$), con la ansiedad y preocupación ($\rho = -.323, p < .027$), con la carga social ($\rho = -.239, p < .031$), con

el nivel de calidad de vida afectada ($\rho = -.236$, $p < .031$) y con el nivel de calidad de vida ($\rho = -.349$, $p < .023$).

Finalmente, la edad se asoció de manera negativa con la interferencia del control de la diabetes en la calidad de vida ($\rho = -.215$, $p < .035$), con la ansiedad y la preocupación ($\rho = -.257$, $p < .031$) y con la carga social que genera la diabetes ($\rho = -.200$, $p < .038$).

Análisis de Comparación

Tabla 2

Tabla 2

Comparación de las variables según Género

	p	Rango promedio	
		Femenino	Masculino
Resiliencia	.564	128.58	126.30
Capacidad de Autoeficacia	.448	75.62	73.74
Evitación Cognitiva	.468	25.44	26.23
Energía y Movilidad	.026	53.55	45.10
Control de la Diabetes	.039	43.60	37.00
Capacidad de Propósito y Sentido de Vida	.320	50.34	44.64
Ansiedad y Preocupación	.041	52.80	41.10
Carga Social	.036	52.95	40.90
Funcionamiento Sexual	.507	46.45	50.23
Calificación Total	.050	52.63	41.35
Calidad de Vida	.202	50.81	43.96
Severidad de la Diabetes	.001	40.31	59.04

Nota: Se utilizó T de Student y U de Mann Withney

Comparación de las variables según Género

Como se observa en la tabla 2, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en función del género. En Ansiedad y Preocupación, Carga Social, Calidad de vida afectada, el grupo que más puntuó es el femenino. Comprendiendo que hay un mayor impacto en las preocupaciones de la vida, en las limitaciones que produce la enfermedad y en la calidad de vida en general. En cambio, el grupo masculino fue el que mayor severidad de la diabetes percibió.

La media más alta con respecto a la dimensión Energía y Movilidad es en el grupo de mujeres, esto indicaría que presentan una mayor limitación en el nivel de energía, las actividades diarias, la agudeza visual y el sueño alterado. Asimismo, con respecto al Control de la Diabetes, los resultados mostraron que el grupo de mujeres es también el más afectado, indicando que son quienes mayor impacto tienen en referencia al tratamiento médico, control de la glucemia y plan terapéutico.

Discusión

Partiendo del objetivo general se analizó la relación entre Resiliencia y Calidad de Vida en Personas Adultas con Diabetes tipo 1 y 2. Se halló una relación indirecta entre las variables, es decir, que a mayor resiliencia se asocia menor calidad de vida, y viceversa. No obstante, se halló que a mayor resiliencia se asocia una menor percepción del impacto de la diabetes en la calidad de vida.

Por su parte, Fergus y Zimmerman (2005) plantean que los sucesos difíciles, en donde el sujeto se ve expuesto a diversos factores de riesgo, pueden producir la resiliencia, permitiendo que está funcione como un tipo de defensa o protección ante un medio insano. A su vez, Rutter (1999) determina que la resiliencia es un procedimiento evolutivo que se relaciona con la personalidad del sujeto y su contexto. Es por esto, que este autor no contempla que la resiliencia sea un atributo, más bien señala que es un proceso que se da en un momento preciso y que además, dicho constructo se emplea para tener una vida sana en un medio o ambiente desfavorable. Asimismo, se podría hipotetizar sobre la relación indirecta de las variables en el presente estudio, con lo dicho por Rozenfeld (2012), que se debe a que las personas con una menor calidad de vida se enfrentan a mayor cantidad de situaciones angustiantes, lo que promueve el desarrollo de sus mecanismos de resiliencia.

De esta manera, las personas que tienen estrategias resilientes estarían encaminadas a creer en sus propias habilidades para afrontar situaciones adversas, aspecto que traducirían en una disminución de la sensación de malestar (Cejudo et al., 2016). Esto explicaría la vinculación negativa hallada en el presente estudio de la resiliencia con la ansiedad y la preocupación generada por la diabetes, con la carga social y con la calidad de vida.

De la misma forma que se mencionó en el marco teórico, Salazar et. al (2012) iniciaron una investigación similar utilizando el mismo instrumento y en una población con Diabetes. Los autores sostienen que dicha enfermedad tiene grandes efectos negativos en la salud y en la calidad de vida, así como también, restricciones en algunas actividades diarias. Los resultados de la presente investigación respaldan algunos de los hallazgos de estos autores, sosteniendo que la calidad de vida es afectada en las dimensiones de energía y movilidad principalmente en mujeres, y en el funcionamiento sexual de los hombres (Barnard et al., 2009).

Por otro lado, en una investigación realizada por Torres De la Cruz (2015), la cuál se trato de Resiliencia y Estilos de Afrontamiento en Adultos con Diabetes tipo II, se discutió el por qué las mujeres tienen una mayor ansiedad y preocupación con lo que respecta a la Diabetes, pudiendo comprender que se trataría de una creencia social inculcada, ya que los hombres mayormente no consideran admitir problemas de salud ya sea por vergüenza o por creer que esto los hace ver frágiles. En cambio, las mujeres son las que más acuden a revisiones médicas (Addis y Mahalik 2003). En la presente investigación hay una notable percepción de la gravedad en la población masculina, no obstante, hay más recurrencia en el género femenino con respecto a las consecuencias y efectos de la enfermedad a nivel orgánico, tratamiento médico y control glucémico. Asimismo, Misra y Lager (2009) respaldan los resultados del presente estudio, debido a que pudieron descubrir que las mujeres padecían mayor ansiedad en

relación con la Diabetes, ya que las tareas del hogar y demás responsabilidades repercuten a la hora de un autocuidado.

En relación con la calidad de vida, hay estudios que comprueban que la presencia de esta enfermedad interfiere considerablemente en sus respectivos niveles, es decir que los sujetos notan y sienten que sus cuerpos se deterioran con respecto al rol físico, más específicamente en la resistencia, produciendo malestares a nivel emocional. Además, la medición de glucemia, las inyecciones de insulina y la urgencia de tener que ingerir algún alimento para regularla rápidamente, provocan nerviosismo en los pacientes, resultado que es desfavorable y contraproducente (Mena et al., 2006; Salazar et al., 2012). Asimismo, Paschides et al. (2004) demostraron que a mayor percepción negativa de la enfermedad, se vincula una menor calidad de vida, ya que se concluyó que los estigmas negativos de la Diabetes funcionan como anexos entre síntomas de depresión y ansiedad, por ende una perturbación en la calidad de vida.

Finalmente, en la presente investigación se halló que a menor edad, se asocia mayor interferencia del control de la diabetes en la calidad de vida, mayor ansiedad y preocupación, y mayor impacto de la enfermedad en la esfera social. Respecto a esto, Henríquez Tejo y Cartes Velásquez (2018) encontraron que existe una relación inversa entre autocontrol de la diabetes y presencia de complicaciones psicosociales, predominando los problemas de ansiedad y depresión, siendo los adolescentes los más propensos a presentar problemas de salud mental. La cronicidad de dicha enfermedad genera efectos negativos en las distintas etapas de la vida de las personas que la padecen. La adolescencia es considerada una de las etapas más complicadas, debido a todos los cambios fisiológicos y psicosociales que sufre el o la joven, lo que implica mayores tasas de estrés y enfermedades psicológicas (Stahl Pehe et al., 2017).

En relación a las limitaciones, es importante destacar que no se indagó el tipo de diabetes y se evaluó un único grupo, por lo cual no se pudo comprobar la existencia de diferencias significativas. Además, la muestra es no probabilística, por lo que los resultados no se pueden generalizar. Como recomendaciones para próximas investigaciones, se sugiere comparar una muestra que tengan Diabetes tipo 1 y 2, teniendo en cuenta nivel socioeconómico y factores protectores como creencias y afrontamiento espiritual.

Referencias

Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American psychologist*, 58(1), 5. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.58.1.5>

American Diabetes Association. (2009). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care*, 32(Supplement 1), S62-S67.

Anderson, B. (2009). Psychosocial care for young people with diabetes. *Pediatric Diabetes*, 10, 3-8. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5448.2009.00608.x>

Boyer, J.G. and Earp, J.A.L. (1997) The development of an instrument for assessing the quality of life of people with diabetes: Diabetes-39. *Medical Care*, 35, 440-453. doi:10.1097/00005650-199705000-00003.

Erickson, E.H. (1985). *El ciclo vital completo*. México: Paidós.

Estrada, J. G. S., Strauss, A. M. G., Beltrán, C. A., Baltazar, R. G., & Moreno, M. P. (2012). La calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en centros de salud de Guadalajara, Jalisco (México). *Salud Uninorte*, 28(2), 264-275.

Faden R, Germán P. Calidad de vida: consideraciones en geriatría. *Clínica de Medicina Geriátrica*. México: Panamericana; 1998.

Fergus, S. & Zimmerman, M.A. (2005). Adolescent resilience: A Framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357>

Garassini, M., & Zavarce, P. (2010). Historia y marco conceptual de la Psicología Positiva. *Psicología Positiva: estudios en Venezuela*. Caracas: Publicaciones Monfort.

García, A., Leiva, F., Martas, F., García, A., & Prados, D. (2001). Sánchez-de-la-Cuesta. Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. *Medicina de familia*, 2, 29-34.

Henriquez-Tejo, R. & Cartes-Velásquez, R. (2018). Impacto psicosocial de la diabetes mellitus tipo 1 en niños, adolescentes y sus familias. Revisión de la literatura. *Revista chilena de pediatría*, 89(3), 391-398. <https://doi.org/10.4067/s0370-41062018005000507>

Hernández, M. & García, H. (2007). Factores de riesgo y protección de enfermedades cardiovasculares en población estudiantil universitaria. *Revista de la Facultad de Medicina*, 30 (2), 119-123.

Levy, L. & Anderson, L. (1980). La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida. México: Manual Moderno.

López-Carmona, J. M., & Rodríguez-Moctezuma, R. (2006). Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Salud pública de México*, 48(3), 200-211. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342006000300004>

Mayordomo, T., Sales, A., Satorres, E., & Blasco, C. (2016). Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, 8 (3), 26-32. <http://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2015.2904>

Melchioris, A. C., Correr, C. J., Rossignoli, P. S., Pontarolo, R., & Fernández-Llimós, F. (2004). Medidas de evaluación de la calidad de vida en diabetes. Parte II: Instrumentos específicos. *Seguimiento Farmacoterapéutico*, 2, 59-72.

Mena, F.J. Martín, J.C. Simal, F., Bellido, J. & Carretero, J.L. (2006). Diabetes Mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: resultados del Estudio Hortega. *Análisis de Medicina Interna*, 13(8), 357-360. <https://doi.org/10.4321/s0212-71992006000800002>

Misra, R. & Lager, J. (2009). Ethnic and gender differences in psychosocial factors, glycemic control, and quality of life among adult type 2 diabetic patients. *Journal of Diabetes and its Complication*, 23, 54-64. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2007.11.003>

Neri, A. L. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: hacia una psicología positiva para América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 34, 55-74.

Paschalides, C., Wearden, A.J., Dunkerley, R., Bundy, C., Davies, R & Dickens, C.M. (2004). The association of anxiety, depression and personal

illness representation with glycaemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 557-564.

Peyrot, M. & Rubin, R. (1999). Persistence of depressive symptoms in diabetic adults. *Diabetes Care*, 22: 448-452. doi: 10.1007/s00125-011-2411-2

Rodriguez, M., Pereyra, M., Gil, E., Jofré, M., De Bortoli, M. & Labiano, L. (2009) Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia version argentina. *Evaluar*, 9, 72 – 82.

Rozenfeld, A. (2012). La resiliencia: esa posición subjetiva ante la adversidad. *Buenos Aires, Letra viva*, 103, 7-101.

Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of family therapy*, 21(2), 119-144. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00108>

Sampieri, R. H. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc - GRAW - HILL.

Speight, J., Reaney, M., Barnard, K. (2009). Not all roads lead to Rome a review of quality of life measurement in adults with diabetes. *Diabetic Medicine*, 26(4), 315–327. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2009.02682.x>

Torres De la Cruz, Z. (2015). *Resiliencia y Estilos de Afrontamiento en Adultos con Diabetes tipo II (tesis de pregrado)*. Universidad Autónoma del Estado de Facultad de Ciencias de la Conducta, Toluca, México.

Vinaccia, S., & Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(2), 125-137. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2005.0002.01>

Vinaccia, S., & Quiceno, J. M. (2011). Resiliencia y Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica - IRC. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XX(3), 201-211.

Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of nursing measurement*. <https://doi.org/10.1037/t07521-000>

Referencias

Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American psychologist*, 58(1), 5. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.58.1.5>

American Diabetes Association. (2009). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care*, 32(1), S62-S67.

Anderson, B. (2009). Psychosocial care for young people with diabetes. *Pediatric Diabetes*, 10, 3-8. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5448.2009.00608.x>

Barnard, N. D., Cohen, J., Jenkins, D. J., Turner-McGrievy, G., Gloede, L., Green, A., & Ferdowsian, H. (2009). A low-fat vegan diet and a conventional diabetes diet in the treatment of type 2 diabetes: a randomized, controlled, 74-wk clinical trial. *The American journal of clinical nutrition*, 89(5), 1588S-1596S.

Boyer, J.G. and Earp, J.A.L. (1997) The development of an instrument for assessing the quality of life of people with diabetes: Diabetes-39. *Medical Care*, 35, 440-453. doi:10.1097/00005650-199705000-00003.

Erickson, E.H. (1985). *El ciclo vital completo*. Paidós.

- Estrada, J. G. S., Strauss, A. M. G., Beltrán, C. A., Baltazar, R. G., & Moreno, M. P. (2012). La calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en centros de salud de Guadalajara, Jalisco (México). *Salud Uninorte*, 28(2), 264-275.
- Faden R, Germán P. (1998). *Calidad de vida: consideraciones en geriatría*. Clínica de Medicina Geriátrica. Panamericana.
- Fergus, S. & Zimmerman, M.A. (2005). Adolescent resilience: A Framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357>
- Garassini, M., & Zavarce, P. (2010). *Historia y marco conceptual de la Psicología Positiva*. Psicología Positiva: estudios en Venezuela. Publicaciones Monfort.
- García, A., Leiva, F., Martas, F., García, A., & Prados, D. (2001). Sánchez-de-la-Cuesta. Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. *Medicina de familia*, 2, 29-34.
- Henriquez-Tejo, R. & Cartes-Velásquez, R. (2018). Impacto psicosocial de la diabetes mellitus tipo 1 en niños, adolescentes y sus familias. Revisión de la literatura. *Revista chilena de pediatría*, 89(3), 391-398. <https://doi.org/10.4067/s0370-41062018005000507>
- Hernández, M. & García, H. (2007). Factores de riesgo y protección de enfermedades cardiovasculares en población estudiantil universitaria. *Revista de la Facultad de Medicina*, 30 (2), 119-123.
- Levy, L. & Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. Manual Moderno.
- López-Carmona, J. M., & Rodríguez-Moctezuma, R. (2006). Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Salud pública de México*, 48(3), 200-211. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342006000300004>
- Mayordomo, T., Sales, A., Satorres, E., & Blasco, C. (2016). Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, 8 (3), 26-32. <http://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2015.2904>
- Melchior, A. C., Correr, C. J., Rossignoli, P. S., Pontarolo, R., & Fernández-Llimós, F. (2004). Medidas de evaluación de la calidad de vida en diabetes. Parte II: Instrumentos específicos. *Seguimiento Farmacoterapéutico*, 2, 59-72.
- Mena, F.J. Martín, J.C. Simal, F., Bellido, J. & Carretero, J.L. (2006). Diabetes Mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: resultados del Estudio Hortega. *Análisis de Medicina Interna*, 13(8), 357-360. <https://doi.org/10.4321/s0212-71992006000800002>
- Misra, R. & Lager, J. (2009). Ethnic and gender differences in psychosocial factors, glycemic control, and quality of life among adult type 2 diabetic patients. *Journal of Diabetes and its Complication*, 23, 54-64. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2007.11.003>
- Neri, A. L. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: hacia una psicología positiva para América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34, 55-74.
- Paschalides, C., Wearden, A.J., Dunkerley, R., Bundy, C., Davies, R & Dickens, C.M. (2004). The association of anxiety, depression and personal illness representation with glycaemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 557-564.

- Peyrot, M. & Rubin, R. (1999). Persistence of depressive symptoms in diabetic adults. *Diabetes Care*, 22, 448-452. doi: 10.1007/s00125-011-2411-2
- Rodriguez, M., Pereyra, M., Gil, E., Jofré, M., De Bortoli, M. & Labiano, L. (2009) Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia version argentina. *Evaluar*, 9, 72 – 82.
- Rozenfeld, A. (2012). *La resiliencia: esa posición subjetiva ante la adversidad*. Letra viva.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of family therapy*, 21(2), 119-144. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00108>
- Salazar Estrada, J. G., Gutiérrez Strauss, A. M., Aranda Beltrán, C., González Baltazar, R., & Pando Moreno, M. (2012). The quality of life in adults with diabetes mellitus type 2 in centers of health from Guadalajara, Jalisco (Mexico). *Revista Salud Uninorte*, 28(2), 264-275.
- Sampieri, R. H. (2010). *Metodología de la Investigación*. Mc - Graw - Hill.
- Speight, J., Reaney, M., Barnard, K. (2009). Not all roads lead to Rome a review of quality of life measurement in adults with diabetes. *Diabetic Medicine*, 26(4), 315–327. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2009.02682.x>
- Stahl - Pehe, A., Landwehr, S., Lange, K. S., Bächle, C., Castillo, K., Yossa, R., ... & Rosenbauer, J. (2017). Impact of quality of life (QoL) on glycemic control (HbA1c) among adolescents and emerging adults with long - duration type 1 diabetes: A prospective cohort - study. *Pediatric diabetes*, 18(8), 808-816.
- Torres De la Cruz, Z. (2015). *Resiliencia y Estilos de Afrontamiento en Adultos con Diabetes tipo II* (tesis de pregrado). Universidad Autónoma del Estado de Facultad de Ciencias de la Conducta, Toluca, México.
- Vinaccia, S., & Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(2), 125-137. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2005.0002.01>
- Vinaccia, S., & Quiceno, J. M. (2011). Resiliencia y Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica - IRC. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XX(3), 201-211.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of nursing measurement*, 1(2), 167-175. <https://doi.org/10.1037/t07521-000>