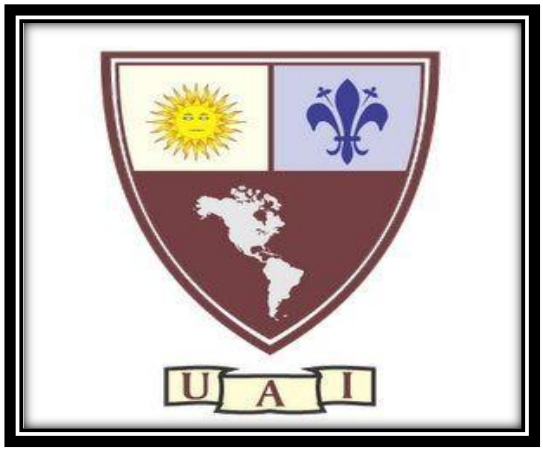


Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Licenciatura en Psicología

"RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS ADULTAS CON DIABETES TIPO 1 Y 2"

- Autora: Godoy, Nadia Anahi.
- Legajo: P1-12332
- Tutora: De Grandis, María Carolina.
- Co-tutora: Caccia, Paula Agustina.

- Sede: Lomas de Zamora.
- Turno: Mañana.
- Título a obtener: Licenciatura en Psicología.

Agosto 2020

Índice de Contenidos

Agradecimientos 5

Resumen 6

Abstract 7

Capítulo 1. Planteamiento del Problema 8

1.1 Introducción 8

1.2 Relevancia de la Investigación 9

1.2.1 Justificación teórica 9

1.2.2 Justificación práctica 9

1.2.1 Justificación social 10

1.3 Objetivos 10

1.3.1 Objetivo General 10

1.3.2 Objetivos Específicos 10

1.4 Hipótesis 10

Capítulo 2. Marco Teórico 11

2.1 Resiliencia 11

2.2 Calidad de Vida 17

2.3 Personas Adultas 20

2.4 Diabetes tipo 1 y 2 23

Capítulo 3. Estado del Arte 25

Capítulo 4. Propuesta Metodológica 29

4.1 Diseño 29

4.2 Muestreo 29

4.3 Muestra 29

4.4 Instrumentos 29

4.4.1 Cuestionario sociodemográfico 29

4.4.2 Escala de Resiliencia 30

4.4.4 Instrumento Diabetes 39 30
4.5 Procedimiento 31
Capítulo 5. Resultados 32
5.1 Caracterización de la muestra 32
5.2 Análisis de datos 36
5.2.1 Pruebas de Normalidad 37
5.3 Análisis de Relación 39
5.4 Análisis de Comparación 41
Capítulo 6. Conclusión 51
Discusión 52
Capítulo 7. Referencias Bibliográficas 56
Capítulo 8. Anexos 69

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Distribución de la variable Edad 32
Gráfico 2. Distribucion de la variable Género 33
Gráfico 3. Distribución de la variable Lugar de Residencia 33
Gráfico 4. Distribución de la variable Estado Civil 34
Gráfico 5. Distribución de la variable Nivel de Educacion 35
Gráfico 6. Distribución de la variable Ocupacion 35

Índice de Tablas

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables y dimensiones 36
Tabla 2. Estadísticos descriptivos para los tres niveles de Resiliencia 37
Tabla 3. Pruebas de Normalidad 38
Tabla 4. Correlación de la Resiliencia con sus dimensiones con las dimensiones de la variable Calidad de vida 39

Tabla 5. Comparación de variables y dimensiones paramétricas y no paramétricas según Lugar de Residencia.....41

Tabla 6. Comparación de variables y dimensiones paramétricas y no paramétricas según Género ……..42

Tabla 7 Comparación de Energía y Movilidad y Control de la Diabetes según Género.....44

Tabla 8. Comparación de variables y dimensiones paramétricas y no paramétricas según Edad ……..44

Tabla 9. Media de grupos de Edad según Control de la Diabetes.....46

Tabla 10. Comparación de variables y dimensiones paramétricas y no paramétricas según Estado Civil.....46

Tabla 11. Comparación de variables y dimensiones paramétricas y no paramétricas según Nivel de Educación.....47

Tabla 12. Comparación de variables y dimensiones paramétricas y no paramétricas según Ocupación.....49

Agradecimientos

En primer lugar, a mis padres, quienes hicieron un gran esfuerzo para que hoy pueda haber llegado a lo que soy, agradecida de por vida por brindarme esta y otras tantas oportunidades de crecer personal y profesionalmente.

A mis hermanos/as quienes me apoyaron durante toda la carrera.

A mis sobrinos/as que me alentaron a seguir en todo momento.

A mis mascotas, Maggie y Chloe, que me brindaron alegría y tranquilidad cuando más lo necesitaba.

A mis amigos, los que forme durante la carrera Ara y Agos, y a los que me acompañaron desde siempre Lu, Gasti y Angie. Gracias por cada palabra de aliento.

Al gran grupo de compañeros con los que me toco graduarme. A la profesora De Grandis, María Carolina y a Caccia, Paula Agustina por ayudarme en todo momento para llevar a cabo esta investigación.

A cada uno de los empleados de limpieza y mantenimiento de la Sede Lomas de Zamora, en especial a Martin Saez, una gran persona que tuve el placer de conocer.

Y a todas las personas que participaron en las encuestas, dedicando un poco de su tiempo para contestar.

Agradecida con la vida por todos ellos!!!

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). Según Peyrot y Rubin (1999) esta enfermedad determinada como crónica, puede producir grandes cambios a nivel emocional, siendo conveniente que se cultiven muchas más investigaciones sobre los recursos, para afrontar el padecimiento de los pacientes. 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), dicho medio funciona como factor de riesgo, uno de los componentes necesarios para desarrollar la Resiliencia (Fergus y Zimmerman, 2005). A su vez, se la vinculo con la Calidad de Vida, planteada por Faden y Germán (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. Con respecto al grupo etario, se recurrió a la teoría psicosocial de Erickson (1985), partiendo de que la adultez se presenta a partir de los veinte años. Para llevar a cabo dicha investigación, se utilizo la Escala de Resiliencia (Wagnild y Young, 1993) y el Instrumento Diabetes 39 (Boyer, 1997). La muestra estuvo conformada por personas de ambos géneros, de los cuales 56 son mujeres, 39 son hombres y 5 son pertenecientes al grupo "otros". La edad de los sujetos es entre los 20 y 60 o más años de edad, que padecen de diabetes, los mismos son residentes de C.A.B A y Gran Buenos Aires, Argentina. Los resultados refutan la hipótesis, se puede decir que hay relación indirecta entre las variables.

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

Abstract

This research arises with the aim of verifying if there is a direct relationship between Resilience and Quality of Life in Adult People with Diabetes (type 1 and 2). According to Peyrot and Rubin (1999) this disease, determined as chronic, can produce great changes at the emotional level, and it is convenient that many more investigations on resources be cultivated, to face the patients' suffering. 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), this environment works as a risk factor, one of the components needed to develop Resilience (Fergus and Zimmerman, 2005). At the same time, it was linked with the Quality of Life, raised by Faden and Germán (1998) as a multidimensional variable, in which there are grouped diverse categories referred to the physical, mental, social and economic well-being, from an own perspective of the subjects. With respect to the age group, Erickson's (1985) psychosocial theory was used, starting from the fact that adulthood is presented from the age of twenty, corresponding to: young adult, people between 20 and 40 years old, average adult, people between 40 and 60 years old and older adult, according to subjects who are over 60 years old. To carry out this research, the Resilience Scale (Wagnild and Young, 1993) and the Diabetes 39 Instrument (Boyer, 1997) were used. The sample was made up of people of both genders, of which 56 were women, 39 were men and 5 were from the "others" group. The age of the subjects is between 20 and 60 or more years of age, who suffer from diabetes. They are residents of C.A.B A and Gran Buenos Aires, Argentina. The results refute the hypothesis, it can be said that there is an indirect relationship between the variables.

Key words: Resilience- Quality of Life- Adults- Diabetes

Capitulo 1. Planteamiento del problema

1.1 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 Garcia, 2007).

Dentro de estas potencialidades personales y del contexto social, se encuentra la resiliencia, que es la habilidad para prevalecer óptimo y feliz ante los sufrimientos inesperados de la vida, como lo pueden ser las enfermedades crónicas (Mayordomo, 2016; Rutter, 1993).

De igual modo, American Diabetes Association (2008) la diabetes mellitus (1 y 2) es 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 (Melchiors 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, citados en Baldi López, 2010).

La presente investigación se llevará a cabo con adultos que según la teoría psicosocial de Erickson (1985) accederían a la adultez a partir de los veinte años. Es por esto que se utilizó los últimos tres estadios de dicha teoría, correspondientes a: adulto joven, personas entre los 20 y 40 años, adulto medio, personas entre los 40 y 60 años y adulto mayor, acorde a sujetos que tengan más de 60 años.

De esta manera, la presente investigación se propone determinar:

¿Existe relación entre Resiliencia y Calidad de Vida en Personas Adultas con Diabetes?, si es así de que manera.

1.2 Relevancia de la Investigación

La investigación llevada a cabo tiene como fundamento los siguientes aspectos:

1.2.1 Justificación Teórica

Desde una justificación teórica, es 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.

1.2.2 Justificación Práctica

Desde el aspecto de la relevancia práctica, esta relación entre variables puede ser de gran ayuda para que los tratamientos y estrategias planteen o se enfoquen en una perspectiva mucho más integral de la persona, inspeccionando las diferentes dimensiones para lograr un aumento de idoneidades que podrían responder de manera satisfactoria ante el padecimiento de alguna enfermedad crónica (Domínguez-De la Ossa y García-Vesga, 2013).

Según Rozenfeld (2012), la resiliencia se activaría si la persona enfrenta una situación angustiante, como los diagnósticos por enfermedades crónicas, ya que estas suelen ser de

larga duración formando parte, muchas veces, de la identidad del paciente. También ocurre, mayormente que el peso esta en el dolor físico, y los tratamientos se centran bajo esta perspectiva, dejando de lado el malestar que genera a nivel emocional, y lo peligroso que puede llegar a ser si no se atiende este aspecto.

1.2.3 Justificación Social

Este estudio podría brindar una mejora en el tratamiento psicológico de personas que padecen diabetes y que puedan carecer de resiliencia. Por otro lado, se podrían determinar los componentes básicos a tomar en cuenta en el diseño y elaboración de un programa que refuerce la resiliencia y que permita a los profesionales interesados en la resiliencia una mayor comprensión y conocimiento de los factores que protegen al adulto de los efectos que causan a la personalidad y a la calidad de vida las enfermedades crónicas (Burán, 2017).

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

- Analizar la relación que pudiera existir entre Resiliencia y Calidad de Vida en Personas Adultas con Diabetes tipo 1 y 2.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir el nivel de Resiliencia en Personas Adultas con Diabetes tipo 1 y 2.
- Describir el nivel de Calidad de Vida en Personas Adultas con Diabetes tipo 1 y 2.
- Determinar si existe una asociación significativa entre Resiliencia y Calidad de Vida y sus dimensiones en Personas Adultas con Diabetes tipo1 y 2.
- Comparar la Resiliencia y la Calidad de Vida según sexo, edad, nivel educativo, ocupación, lugar de residencia y estado civil.

1.4 Hipótesis

- Existe relación directa entre Resiliencia y Calidad de Vida en Personas Adultas con Diabetes.

Capitulo 2. Marco teórico

2.1 Resiliencia

Este concepto se utilizaba en la antigüedad, en la ingeniería y se relacionaba con la capacidad de un material para volver a su forma original después de someterse a determinada presión. Luego, dicho concepto comenzó a utilizarse también en la medicina, más específicamente en la osteología, para referirse a la habilidad de los huesos fracturados para volver a crecer y "soldarse" correctamente (Lara, Martínez, Pandolfini, Penrod y Díaz, 2000).

De esta manera, este constructo es llevado a la Sociología, entendiendo su significado como la facultad que pueden tener algunos sujetos para seguir íntegros ante situaciones perjudiciales, además de beneficiarse de las mismas tomando estás como un aprendizaje de crecimiento personal (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1996).

En cambio, para la Psicología sigue siendo mucho más complejo encontrar un significado para esta variable. Es por esto que, se encuentran variadas definiciones pero no se consigue una unificación. No obstante, la mayoría de los autores hablan de una respuesta que implica un afrontamiento positivo y adaptable frente a un infortunio, situación traumática o demás situaciones que podrían considerarse desfavorables (Luthar y Cushing, 1999).

Por ejemplo, según Walsh (1998), la resiliencia es una forma de procesamiento introspectivo de la persona en relación con el ambiente, logrando una reparación que tiene como fin un posible aprendizaje. En otras palabras, es una trasformación que conlleva fortaleza, rectificación por parte del sujeto y un aumento de las habilidades personales como reacción ante las dificultades de la vida. Asimismo, para Grotberg (1995), la resiliencia es entendida como aquella adecuación que tienen algunas personas para seguir adelante y reinventarse, a pesar de que estén transcurriendo situaciones difíciles y dolorosas. Igualmente para Werner y Smith (1992), la resiliencia es ejemplificada por las personas que logran

reponerse luego de una situación negativa, o cuando tienen antecedentes de haber sobrellevado formidablemente un abatimiento.

Por su parte, Masten y Coatsworth (1998) comprenden la resiliencia como un concepto activo que aumenta los acontecimientos que se tienen que dar para obtener una adecuada adaptación ante un desafío difícil que señala peligro en la vida de las personas. Además, dichos autores, remarcan que no es solo algo particular de los sujetos, sino que parte también de factores propios del entorno, que se manifiestan en el medio y colaboran para lograr una conducta o respuesta extraordinaria en presencia de un acontecimiento negativo. Por otro lado, Garmezy (1991) traduce la resiliencia como la habilidad para rehabilitarse y adaptarse luego de una eventualidad que haya generado un cambio radical. No obstante, el autor marca que no es una inmunización al estrés, sino la aptitud de recuperarse.

Por el contrario, Olsson et al. (2003) hablan de modos de ser que permiten una plasticidad en la personalidad frente a un acontecimiento inesperado. Los autores plantean que es una habilidad de resistencia e invulnerabilidad, que emana de las características internas de la persona y de los factores ambientales, logrando así una modificación en la conducta y el pensamiento.

Asimismo, la resiliencia tiene relación con los factores de protección y de riesgo. Comprendiendo que los primeros, son los que interfieren para que los efectos negativos no logren corromper al sujeto, y que este pueda continuar con su vida de la manera más normal posible, a su vez esto tiene interacción con las herramientas internas y externas del sujeto (Becoña, 2006). Dicho de otra manera, una persona logra, a través de su personalidad un alcance de vida gratificante, tras haber tenido una mala experiencia. Por lo que se refiere a estos factores, es de claro conocimiento que existen una serie de subfactores, que corresponden a la inteligencia emocional, la autoestima, la autoeficacia, el ser asertivo, etc. Subfactores familiares, en relación al apoyo que tiene las personas con sus familias, la

comprensión y el entorno acogedor de un hogar, Subfactores sociales, con respecto al grado de inclusión comunitaria, apoyo social, centros de salud (Becoña, 2006).

En cuanto a los factores de riesgo, se plantea que son aquellos que dificultan la posible manifestación de problemas de conducta, de salubridad física o emocional en la vida del sujeto. Por ende, podemos entender que los factores de protección ayudan a disminuir o detener la declaración de una serie de factores de riesgo. Es por esto, que la resiliencia puede ser interpretada como un macrofactor de protección, que nos permite investigar la capacidad de amoldamiento de un sujeto ante un evento desagradable (Becoña, 2006).

Como ya fue mencionado anteriormente, los resultados que derivan de la resiliencia, están relacionados con la personalidad, los recursos internos y el ambiente. Pero también, es importante saber que esta variable está asociada a las estrategias de afrontamiento que han sido adecuadas y que desembocan en un comportamiento que se adapta a la situación. Por otra parte, la resiliencia varía según la madurez del individuo y la cantidad de veces que haya tenido vivencias desapacibles en su proceso vital (Southwick et al., 2014).

Según Godoy Izquierdo y Godoy (2002) la resiliencia está determinada por una personalidad dura, es decir que el individuo tiende a percibir las catástrofes como eventos u obstáculos que debe superar, ya que es capaz de hacerlo, además de que dicha experiencia le proporciona un crecimiento interno y personal. Para el sujeto, este tipo de vivencias no son vistas como estresantes o negativas, por lo cual no tienen un impacto destructivo en su vida.

Continuando por esa línea de referencia, Palmer (1997) decía que existen cuatro tipos de resiliencias: (1) referida a la supervivencia anómica, que corresponde a los grupos de personas que viven en un ciclo vital alterado y constante; (2) resiliencia rehabilitadora, referida a los esfuerzos parciales de los individuos, con respecto a las tácticas de confrontación; (3) resiliencia moldeable, considerada como el resultado de etapas prolongadas en las cuales hubo un aprovechamiento de las tácticas de confrontación y (4)

resiliencia naciente, que alude al uso generalizado de dichas tácticas y comportamiento eficaz.

Es importante subrayar, que la mayor parte de las definiciones se basan en dos términos o ideas: desgracia y adecuación favorable. En efecto, surge un cuestionamiento, puesto que la resiliencia es contemplada para muchos autores, como un proceso de adaptación, en cambio, para otros es el resultado de dicho proceso (Olsson et al., 2003).

Con lo que respecta a la noción de adaptación, Berezin y García (2005), plantean que es errado referirse a la resiliencia con este término, ya que apunta a un concepto de normalidad y adaptación, y además tiene gran insinuación a la teoría de la selección natural, "la supervivencia del más apto", idea rectora del neodarwinismo social intrínseco de los regímenes absolutistas.

Por otra parte, se observan otras definiciones encaminadas para la noción de proceso, como lo indican Masten y Powell (2003), quienes hablan de que la resiliencia no es ni más ni menos, que pautas de adaptación favorable, útiles frente a un contexto negativo.

Asimismo, Fergus y Zimmerman (2005), dicen que la resiliencia es un proceso que está relacionado a sobrellevar las consecuencias negativas, luego de haber experimentado una vivencia antagónica y confrontarla victoriosamente.

Como se puede notar, definir la resiliencia es bastante complejo, pues contiene muchas dimensiones y engloba numerosos aspectos, como también distintos procedimientos mentales y emocionales. Concerniente a esto, Vanistendael (2009) expone que dicho concepto fue estudiado incontables veces y es complicado su entendimiento. Adicionalmente, afirma que la ciencia ha jugado un papel sumamente importante para entenderla, sin embargo, plantea que esto no es suficiente, debido a que es esencial reforzarla con la historia personal de cada uno, con la espiritualidad, con la expresión artística, etc. También explica que la resiliencia

podría ser el resultado de la unión de todas las características nombradas, que concluyen en una adaptación positiva.

Con respecto a las dimensiones que subyacen a este constructo, Polk (1997) planteó que se podía agrupar en cuatro categorías: aptitudinal, relacional, situacional y filosófico.

En referencia a la categoría aptitudinal, son los rasgos o características, tanto físicas como personales y sociales que se tiene de uno mismo y que cooperan en el proceso de la resiliencia. Las características físicas están relacionadas a los factores genéticos, como la inteligencia, la salud y al carácter. Las personas resilientes son ingeniosas, se preocupan por su salud y apariencia, tienen un carácter positivo (Brown y Rhodes, 1991; Werner, 1986). Las características personales y sociales, están relacionadas con la percepción de autoridad, la autoestima, la seguridad en sí mismos y la autoeficacia. Dichos rasgos apoyan la habilidad de rehabilitación (Gjerde, Block, y Block, 1986; Poulson, 1993; Werner y Smith, 1982).

Por otra parte, en la categoría relacional se encuentran las funciones de los cargos y relaciones que repercuten en la resiliencia y que expanden la red social (Beardslee y Podorefsky, 1988). Esta categoría adjunta elementos propios y externos, los primeros se remiten a persuadir al sujeto para que ejecute un comportamiento delimitado, consiguiendo una vivencia o una sensación de bienestar (Werner, 1986). Además, en los elementos propios se revela la responsabilidad en las relaciones y el crecimiento personal (Beardslee, 1981, 1983). Ahora bien, en los elementos externos esto también ocurre, ya que la resiliencia apunta también a la variación de beneficios y afinidades, asimismo con la educación, la ocupación y los movimientos e interacciones sociales (Beardslee, 1983; Heinzer, 1995; Rabkin et al., 1993; Werner, 1990).

Con respecto a la categoría situacional, se plantea que la resiliencia es un encuadre específico de acontecimientos negativos, que dan lugar a una facultad cognitiva y de audacia para confrontar situaciones problemáticas. Es decir que, esta categoría comprende una

posible valoración de lo que sucede (situaciones desfavorables o cambios estresantes), de las maneras de reacción y de las expectativas o productos de esa reacción (Beardslee y Podorefsky, 1988). También abarca concientizarse acerca de lo que se puede efectuar y lo que no, con respecto a los recursos de afrontamiento (Bliesener y Losel, 1990). Se podría decir que en esta posición, aptitudes como la perseverancia, maleabilidad, tolerancia a la frustración, la creatividad, la exploración de la naturaleza y demás variables con gran connotación positiva constituyen este nivel (Beardslee, y Podorefsky, 1988; Wagnild y Young, 1990; Werner, 1990).

Por último, la categoría con carga filosófica, en la cual se centran las creencias personales y el valor que se le da a cada una, como por ejemplo, la auto-exploración, la introspección y la meditación sobre nosotros mismos y nuestras experiencias, así como también los pensamientos positivos del futuro y la búsqueda de significados . (Beardslee, 1983; Higgins, 1994).

Como se puede observar, en la mayoría de las definiciones se tienen en cuenta, aspectos fundamentales dentro de la vida del sujeto, considerar solo un aspecto o algunos aspectos, no serian de ayuda para englobar y entender las diferentes dimensiones de la resiliencia y la gran trascendencia en el ciclo vital de las personas. Es por esto que es muy importante la planificación de programas o tratamientos que favorezcan su desarrollo (Wilson y Drozdek, 2004).

Cabe nombrar que Inbar (2011) realizo un estudio sobre la resiliencia y como esta se desarrolla como factor de protección durante una enfermedad mental, como lo es la depresión, no obstante plantea que es similar lo que sucede con una enfermedad crónica. Además menciona los diferentes contextos que influyen, la importancia de la prevención y el afrontamiento de la depresión desde un enfoque psicoterapéutico integrativo.

En los últimos 20 años se han realizado muchas investigaciones en muestras poblacionales con variadas discapacidades o enfermedades crónicas, y en diferentes grupos etarios. Dichas investigaciones determinan que la resiliencia es un componente de protección que ayuda a confrontar situaciones difíciles de la vida, como lo es el diagnostico y desarrollo de una enfermedad crónica como la diabetes, capaz de desestabilizar a las personas emocionalmente (Bonanno, 2004; Wagnild, 2009).

En cuanto a las dimensiones que mide esta variable, Wagnild y Young (1993) plantean que el instrumento hace hincapié en la Competencia Personal y en la Aceptación de Uno Mismo y de la Vida. Es por esto que lo separan en tres dimensiones: Capacidad de autoeficacia, capacidad de propósito y sentido de vida y evitación cognitiva.

Con respecto a la Capacidad de Autoeficiencia y la Capacidad de propósito y Sentido de Vida, hacen referencia a las habilidades y posturas o comportamientos adaptables y moderados frente a situaciones difíciles. En cambio la última, se relaciona con las defensas y el beneficio que se obtiene por el autocontrol ante dichas situaciones.

2.2 Calidad de vida

La calidad de vida ha sido un concepto empleado en diversas áreas, originalmente en la medicina, sin embargo, no transcurrió mucho tiempo para que comenzará a involucrarse dentro de la psicología y la sociología, dando lugar a un sentido más personal y a la vez, social (Buela-Casal, Caballo, Rodríguez-Marín y Sierra, 1996).

Según González, Grau y Amarillo (1997) la calidad de vida está relacionada a la calidad con la cual envejecemos, esto tiene relación en gran medida con las circunstancias en las que vivimos y nuestro comportamiento.

Autores como Faden y Germán (1998) aportaron la idea de pensar a la calidad de vida, como un constructo que engloba muchos valores y que es específico dependiendo del ámbito

del cual parte su estimación. En la misma línea, Levy y Anderson (1980) comprenden que es una variable compuesta de categorías referidas al bienestar físico, mental y social desde un panorama propio de las personas.

Por otra parte, la calidad de vida puede ser valorada como una apreciación propia del sujeto, con respecto a lo apropiado o adecuado de la vida (Szalai, 1980).

Como suele ocurrir en diferentes conceptos, hay una variedad de definiciones en cuanto a esta variable, algunos autores solo toman aspectos objetivos, relacionados al contexto socioeconómico, otros se inclinan más en conceptualizaciones subjetivas, asociadas al temperamento, al modo de ser y los pensamientos (Baldi López, 2010).

Se plantea entonces el problema de pensar a la Calidad de Vida en diferentes categorías, que hacen hincapié en perspectivas determinadas. Como por ejemplo, que dicha variable sea equiparable a las condiciones de vida de una persona, así como las relaciones sociales, la funcionalidad en el sistema (trabajo u profesión) y la salud física. Ahora bien, no se podría medir la calidad de vida únicamente bajo estos términos, ya que estos insinúan cantidad de esta variable (Hollanflsworth, 1988). Además, este constructo no se puede medir con criterios universales, puesto que los sujetos y las culturas cambian. Asimismo Edgerton (1990), plantea que las condiciones de vida se verían afectadas por los componentes subjetivos de bienestar personal y por el ambiente económico y social de cada sociedad (Shen y Lai, 1998).

De igual forma, Lefley (1998) expone que la calidad de vida está impregnada de connotaciones culturales, económicas y sociales y como resultado, se cuantificaría a la misma solo bajo aspectos objetivos. Por otra parte, O'Boyle (1994) comprende que admitir los factores tangibles o perceptibles como lo son, los ingresos, la salud física y demás, son apreciados y pertenecen a la media, pero entrelazar estas posiciones con la calidad de vida divisada, es una tarea considerable.

Otros autores han considerado a este constructo como una analogía con la satisfacción personal. Como por ejemplo, Shen y Lai (1998), que propusieron una nueva denominación únicamente subjetiva, en donde se evaluara el nivel individual de satisfacción con la vida, ya que si se mide de forma general, los sujetos podrían comunicar respuestas más asociadas a sus presunciones (Michalos, 2004).

Otra perspectiva que es importante mencionar, integra las condiciones de vida y el bienestar general, es decir, que no indican solo objetividad o solo subjetividad, debido que son cuestiones específicas y particulares de cada persona (Felce y Perry, 1995). En la misma línea, Cummins (2000), explica que tanto lo subjetivo, como lo objetivo, tiene gran relevancia y mantienen un nivel de subordinación entre una y otra, ambos son respondidos según la importancia que tengan los individuos independientemente de cada una (Wrosch y Scheier, 2003).

Por otro lado, desde la concepción de la OMS (1996) la calidad de vida es tomada como sinónimo de bienestar general, sin dejar de tener en cuenta los factores objetivos y subjetivos que ejercen causalidad los unos con los otros, dentro de un modelo dinámico. En otras palabras, la calidad de vida es la apreciación personal de las personas de su estado y bienestar físico, material, social, emocional y de desarrollo.

En cambio, existen otras concepciones que están ligadas a la evaluación que realizan los sujetos tanto de sus condiciones de vida como de satisfacción, siendo así que, la calidad de vida se entiende como un concepto multidimensional por el gran contenido de variables que la componen (Smith, Avis y Assman, 1999).

Por otra parte, según Campbell (1981) en cuestiones objetivas, los sujetos eligen conforme a lo referenciado hegemónicamente, basándose en expectativas y sentimientos. Pudiendo dar como resultado, entre un estado idealizado y un estado real de lo que se cree, respecta a la

calidad de vida. Esta diferencia logra que la variable al medirla se incremente, dependiendo que tan cerca este del ideal (Felce y Perry, 1995).

Actualmente, la calidad de vida se entiende como un concepto que integra factores objetivos y factores subjetivos sin extremar unos u otros, ni tomarlos como variables independientes, ya que se comprende que el bienestar proviene de las condiciones de vida, de la acción que tenga el sujeto en el contexto social y de su percepción. (Levi y Anderson, citados en Baldi López, 2010). En otras palabras, se podría decir que el sujeto examina su situación basándose en sus características personales y en los factores externos, en estos últimos se pueden encontrar las enfermedades y sus respectivos tratamientos (Katz, 1987)

Por lo que se refiere a la salud, la calidad de vida ha sido muy estudiada, es por esto que se crearon instrumentos genéricos y específicos, que son diferentes debido a que se tienen en cuenta los pacientes, la administración y su tipo de cuestionario. Los instrumentos genéricos son de gran ayuda para analizar características adaptables a variadas enfermedades, por el contrario, los instrumentos específicos, hacen énfasis en las características más destacadas de la enfermedad (Guyatt et al,1989).

En base a todo lo anterior, es que se puede explicar la situación en la cual dos personas tienen un estado de salud igual o similar y una distinta calidad de vida (Testa y Simonson, 1996).

2.3 Personas Adultas

En la teoría psicosocial de Erickson (1985) se explica el desarrollo vital de las personas, según este autor, se accedería a la adultez a partir de los veinte años. Es por esto que esta investigación tomara un recorte de los últimos tres estadios de dicha teoría, correspondientes a: adulto joven, personas entre los 20 y 40 años, adulto medio, personas entre los 40 y 60 años y adulto mayor, acorde a sujetos que tengan más de 60 años.

Con respecto al primer estadio, el adulto joven, necesita lograr compromisos y vínculos con otros, de lo contrario estarán solos, cabe decir que para esto, es de suma importancia que reconozcan quiénes son y el lugar que ocupan. Además, es el tramo en donde se debería de experimentar la independencia de los progenitores y del colegio, así como también responsabilizarse por los actos. Esta etapa es la de la intimidad vs aislamiento (Frager, 2001).

De la misma forma, Kohlberg (1992) afirma que los sujetos deben de alcanzar pasados los veinte años un cierto grado de moralidad, de esta forma sabrían lo que es correcto y lo que no, no obstante esto no se logra sin la adquisición de experiencia, especialmente los sujetos que sean emocionales. Las experiencias que son relevantes y posibilitan el desarrollo moral son las que tienen gran carga de confrontación con respecto a los conflictos, un ejemplo podría ser la inscripción a la universidad, luego el autor menciona la experiencia de responsabilizarse por la vida de otra persona, osea el acontecimiento de convertirse en padre.

En cambio, Schaie (2003) agrega que el adulto joven produce cambios a nivel cognitivo, el cual está compuesto por cinco estadios: (1) estadio de adquisición, referida desde la niñez a la adolescencia, (2) estadio de logro, desde la finalización de la adolescencia a los treinta años, (3) estadio de responsabilidad, a partir de los treinta hasta el comienzo de los sesenta años, (4) estadio ejecutivo, desde los treinta a los cuarenta años, (5) estadio reintegrativo, de los cuarenta años en adelante. El adulto joven se encontraría en el estadio de logro, ya que según este autor, identifica y procesa el conocimiento producto del aprendizaje que obtuvo en el estadio anterior y así poder ampliarlo.

A su vez, otros autores, definen este periodo como el pensamiento posformal, compuesto por tres elementos: el relativismo, la contradicción y la síntesis. Además, el adulto joven comprende, esquematiza los pensamientos opuestos, las emociones y vivencias sin la exigencia de escoger alguna por otra, ya que entendió que puede unificar todo (Hoffman, 1996).

Levinson (1983) determina que la estructura de la vida está compuesta por una serie de etapas que van desde el abandono del hogar, la independencia, los primeros empleos, la construcción de vínculos fuertes. Luego de todos estos sucesos la persona se siente completa. Asimismo, como conceptualizar al adulto joven resulta difícil, autores como Rice (1997), han conseguido denominarlo a partir de su desarrollo intelectual, más específicamente el pensamiento dialectico. El mismo consiste en lograr comprender que existen puntos de vista diferentes, y que estos podrían hacernos cambiar de parecer. El adulto que logra esto, reconoce que es parte del desarrollo y a su vez, respetan más las diferentes opiniones.

Por otra parte, dentro de la teoría de Erickson (1985), nos encontramos con la etapa de adulto medio, también conocido como adulto maduro. En esta etapa hay un enfrentamiento entre productividad y estancamiento, además la acción de compromiso con los otros es significativa, por ejemplo, el bienestar de los suyos, de la misma manera, se podría decir que el adulto medio administra su vida bajo la moralidad. Por lo que se refiere a productividad, se relaciona a lo laboral y al proceso intelectual.

Según Huberman (1974) el adulto medio se concentra en sus capacidades, en su fuerza y energía, también en la enseñanza y crianza de los hijos, en su profesión o trabajo.

Por su parte, Levinson (1983) plante que el adulto medio está determinado por su vitalidad y por sus responsabilidades, como lo son los gastos económicos y las tomas de decisiones importantes que pueden conducir a un gran estrés y presión. Del mismo modo, añade que esta etapa está ligada a la máxima plenitud de las esferas biológicas, es decir, amor, sexo, vida familiar, ciclo profesional, creatividad y metas cumplidas.

Por otro lado, referido al adulto mayor Erickson (1985) menciona que es la etapa final de la vida, denominada también como el periodo de las últimas preocupaciones. El autor habla de que esta etapa corresponde asimismo al estado de integridad vs desesperación. La primera, se refiere a la percepción amplia de ver la vida como un todo, teniendo en cuanta los

aciertos y derrotas. Es en este momento en donde se debería de aceptar y reconocer el significado de lo vivido.

De esta misma forma, Levinson (1983) agrega que esta etapa está ligada a los cambios biológicos, como la disminución de la pérdida de visión y la agudeza auditiva. Sin embargo, todavía se conserva la vitalidad en las personas. El autor integra a esto, que los adultos mayores se comportan como una generación dominante a sabiendas de diferentes cuestiones dentro del ámbito político, industrial, religioso.

No obstante, Erickson (1985) marca que si bien se percibe el final del ciclo vital, las personas no lo viven como una catástrofe, al menos no todas. Son capaces de ver todo lo que han hecho, tanto personal como profesionalmente. En conclusión, han vivido como han querido y eso es lo relevante. Maslow (1975) concuerda y adiciona que no es pensada, esta etapa como una crisis más bien de aceptación y adaptación.

2.4 Diabetes tipo 1 y 2.

La diabetes mellitus (1 y 2) es una enfermedad metabólica, que se caracteriza por la hiperglucemia causante del mal funcionamiento de la insulina. La insulina es una hormona producida por el páncreas que permite que la glucosa de los alimentos entre en las células del cuerpo, donde se convierte en la energía necesaria para que funcione el organismo correctamente. Una persona con diabetes no absorbe adecuadamente la glucosa, es por esto es que, la glucosa sigue circulando por la sangre, produciendo fallas en órganos y tejidos tales como los ojos, los riñones, los nervios y arterias coronarias (American Diabetes Association, 2008).

Sin embargo, tanto la diabetes tipo 1 como la de tipo 2, presentan distinciones clínicas. La primera, se desarrolla con mayor frecuencia en niños y adolescentes, puede ser causada genéticamente en los individuos, además de que se le sumen factores del medio, por ejemplo

virus y agentes químicos, provocando de manera progresiva un aniquilamiento de las células pancreáticas. Las personas que la padezcan necesitan inyecciones de insulina durante toda la vida. Por otro lado, la diabetes tipo 2, se presenta principalmente en adultos y es la forma más habitual de diabetes, a parte no origina la necesidad de terapia insulinica, es decir, se puede controlar si la persona toma medicamentos (orales) y lo combina junto con un estilo de vida saludable, dieta y ejercicio (Dorado, 2008).

Con respecto al impacto psicosocial, las personas a nivel global han tomado conciencia, que la diabetes no solo afecta lo orgánico y que no debe de tomarse como un concepto con solo una dimensión, ya que esto sería insuficiente. Se sabe que por más calidad que haya en los servicios de la salud, las herramientas y conocimientos que se le dé al paciente son claves a la hora de controlar la enfermedad. Las personas que tienen esta enfermedad, no pueden solamente ingerir los medicamentos o inyectarse insulina y seguir su día sin ningún reparo, además se ha comprobado, que las emociones como otros factores emocionales, referidos al estrés o a las presiones de la vida cotidiana producen una sumatoria, logrando repercutir en el nivel de la glucosa en sangre. Es por esto que es indispensable los recursos que se le puedan brindar a los pacientes sobre su padecimiento (Peyrot y Rubin, 1999).

Capitulo 3. Estado del Arte

Teniendo como eje principal a la Resiliencia y Calidad de Vida, Vinaccia y Quiceno (2011), realizaron un estudio con el objetivo de evaluar las relaciones entre resiliencia, percepción de la enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual- religioso sobre la calidad de vida en pacientes con diagnostico de insuficiencia renal crónica. Se obtuvo como resultado que la variable de calidad de vida, se ve afectada por factores físicos, sociales, económicos y emocionales producto de la enfermedad. Por otro lado, la resiliencia demostró ser una variable que defiende a la calidad de vida en pacientes con esta afectación.

En la misma línea, los mismos 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 intentó estudiar los impactos de las variables psicosociales sobre la calidad de vida en personas con enfermedades crónicas en las cuales se incluyo 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.

Por otra parte, Quiceno, Medina, Cateñada, Vinaccia y Castelblanco (2014) realizaron una investigación la cual partió con el objetivo de evaluar las relaciones entre resiliencia, percepción de enfermedad y conducta de enfermedad, y el efecto de éstas sobre la calidad de vida tomando solo la perspectiva de salud. Se concluyó que hay una respuesta emocional

negativa en cuanto a la calidad de vida, dando como sugerencia que se lleve a cabo estrategias o programas que ayuden a controlar el distrés psicológico.

A su vez, Mercado, Romero y Coronado (2019) analizaron los beneficios que tiene la resiliencia en pacientes con cáncer. Para ello, hicieron una búsqueda bibliográfica en una base de datos. Se evidencio que la resiliencia ayuda al paciente en todo el transcurso de la enfermedad, específicamente en áreas emocionales y en su calidad de vida, debido a que el paciente abordara su enfermedad según su estado de ánimo.

Por otro lado, García y Navarro (2017) intentaron precisar los factores modulares de la resiliencia en pacientes con cáncer de mama. Se obtuvo que dichos moduladores no estuvieron presentes en los comienzos de la enfermedad, sin embargo, aumentaron con el tiempo de evolución del proceso.

Salazar et. al (2012) evaluaron la percepción de Calidad de Vida en personas con diabetes, utilizando el instrumento diabetes 39. Se obtuvo que la calidad de vida es afectada específicamente en las dimensiones de energía y movilidad y en el funcionamiento sexual, además hay diferencias significativas por género, se dan en el dominio de "funcionamiento sexual" para los hombres. Como conclusión se planteo que la Calidad de Vida se ve afectada en pacientes con diabetes, mayormente en la dimensión de Energía y Movilidad y en el Funcionamiento Sexual. Como recomendación se propuso la creación de un programa de intervención en actividades física-recreativas y en asesoría educativa-psicológica.

En cambio, Pascual y Caballo (2017) se dispusieron a analizar las variables emocionales, cognitivas y conductuales para poder observar de qué manera repercuten en la calidad de vida en personas con enfermedades crónicas. Pudieron obtener como resultado, que las variables emocionales tienen relación con la calidad de vida, al igual que la autoeficacia y algunas estrategias de afrontamiento.

Asimismo, Burán (2017) llevó a cabo una investigación para analizar la resiliencia y calidad de vida en adultos mayores y determinar sus respectivos niveles. Pudo observarse que gran parte de los adultos mayores obtuvieron una alta y moderada resiliencia, con respecto a la calidad de vida, también fueron resultados moderadamente altos sin diferencia en valores totales objetivos y subjetivos. Sin embargo, se concluyo que no hay una correlación entre los puntajes de resiliencia y de cada una de las dimensiones de la calidad de vida, por lo que nos se puede inferir una relación significativa entre las variables.

Por otro lado, en un estudio realizado por Cortes, Flore, Gómez, Reyes y Romero (2012), se estudió la relación entre la resiliencia y el estilo de vida en adultos mayores, como resultado de esta investigación se obtuvo que la mayoría de adultos mayores tenían niveles altos de resiliencia y estilos de vida que permitían confrontar los padecimientos que conlleva la vejez. Entre las dimensiones de los estilos de vida que repercuten en la resiliencia, se hallo que hay una relación directa y positiva en situaciones en donde las personas contaban con una pareja, además de la actividad sexual, actividad recreativa y estado de ánimo optimo.

Por otra parte Uriarte (2014) ha conseguido realizar una un estudio de las características que tiene los adultos mayores que se desenvuelven exitosamente en la vejez, y asume que están fuertemente ligadas con la resiliencia. El autor reúna estas características las cuales son: (1) Estilo de vida continuado, (2) Participación social, (3) Recreación educativa, (4) Aceptar las transformaciones, (5) Tener proyecto de vida en la vejez, (6) Recordar con proyección al presente y al futuro, (7) Flexibilidad en la gestión de las emociones, (8) Lograr una identidad personal auténtica, (9) Lograr productividad, (10) Aceptar el fin de la vida, la muerte.

En cambio, Martinez (2012) llevó a cabo una investigación para medir el nivel de resiliencia de un grupo de adultos jóvenes con discapacidad y obtuvo como resultado que los participantes mostraron una capacidad de resiliencia alta, y que algunas características de personalidad y ambiente ayudarían a las respuestas resilientes, como la capacidad de

afrontamiento, el apoyo social o la habilidad de pensar que se puede sacar de experiencias negativas algo provechoso.

En un estudio que realizaron Bowling e Iliffe (2011), se intentó realizar una búsqueda longitudinal de la incidencia de los recursos psicológicos de adultos mayores, en la variable calidad de vida. Como resultado se obtuvo que aumentar los recursos psicológicos pueden ser provechosos para la salud en la población de tercera edad, pero no impronta significativamente en la calidad de vida.

Por otra parte, Castillo, Cabrera, Rodriguez y Medina (2019) hicieron un estudio con el objetivo de examinar el nivel de resiliencia en pacientes con esclerosis múltiple y observar cuales eran los niveles que mas predominaban. Obtuvieron como resultado una correlación negativa entre la edad y el afrontamiento y tolerancia, también un alto grado en resiliencia.

Finalmente, Sanchez et. al (2008) llevaron a cabo una investigación para explorar algunos aspectos físicos, psíquicos y sociales relacionados con la calidad de vida del paciente diabético. Se obtuvo que la calidad de vida fue significativamente menor en las personas con más años bajo este diagnostico. Además los pacientes pueden tener un ánimo negativo, por más que su calidad de vida no esté afectada totalmente.

Capitulo 4. Metodología

4.1 Diseño

El tipo de diseño de esta investigación es no experimental y de corte transversal, ya que las variables intervinientes no son manipulables para el entrevistador, de igual forma no se crean ambientes, solo se evalúan situaciones ya existentes (Sampieri, 2010).

El estudio es correlacional, se asocian variables bajo un modelo previsible para un conjunto de personas o población, es decir, se describe la relación entre dos o más constructos en un momento determinado (Sampieri, 2010).

4.2 Muestra

La población está compuesta por 100 personas de ambos géneros, de los cuales 56 son mujeres, 39 son hombres y 5 son pertenecientes al grupo "otros". La edad de los sujetos es entre los 20 y 60 o más años de edad (Media= 44,19, Desv. Típ.=16,51), que padecen de diabetes, los mismos son residentes de C.A.B A y Gran Buenos Aires, Argentina.

- Criterios de inclusión: Personas adultas (entre 20 o más años de edad) diagnosticadas con diabetes tipo 1 y 2.
- Criterios de exclusión: Aquellas personas que estén institucionalizadas en centros de día, hogares permanentes y geriátricos.

4.3 Muestreo

La muestra es no probabilística ya que, según Sampieri (2010), los resultados de este tipo de estudio no pueden ser generalizados globalmente porque no habría una precisión del error estándar. Además, los resultados tendrán validez como estudio piloto, solo es aplicable al grupo de la muestra.

4.4 Instrumentos

4.4.1 Cuestionario sociodemográfico recogieron información sobre género, lugar de residencia, edad, estado civil, ocupación, nivel de educación.

4.4.2 Escala de Resiliencia Wagnild y Young (1993) crearon dicho cuestionario para medir el nivel de Resiliencia en las personas. En esta investigación se utilizo la adaptación de al español y validada en Argentina por Rodríguez, Pereyra, Gil y Jofré (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.

4.4.3 El instrumento Diabetes 39 fue creado por Boyer (1997) y se utiliza para medir la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipos 1 y 2. En el 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.

4.5 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 envío 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.

Capitulo 5. Resultados

5.1 Caracterización de la muestra

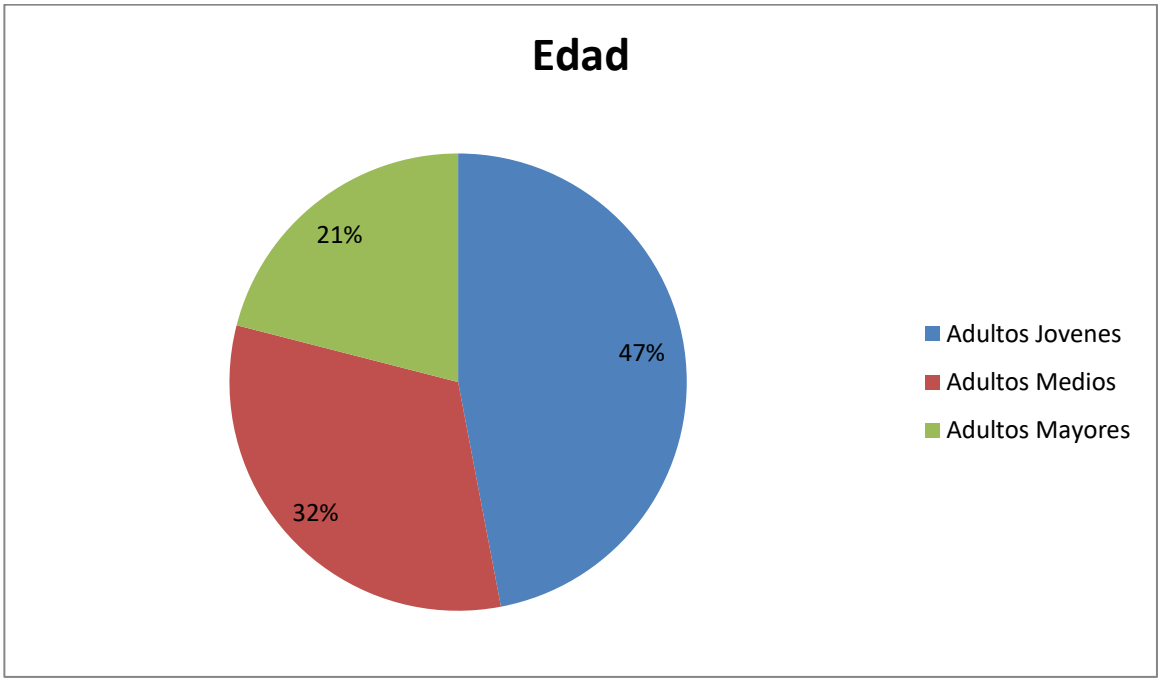


Grafico 1. *Distribución de la variable Edad de la muestra.*

Se dividió en tres grupos, el primero correspondiente a Adultos Jóvenes(20 a 40 años) compuesto por 47 personas (47%), el segundo, perteneciente a Adultos Medios (40 a 60 años) compuesto por 32 personas (32%) y el tercer grupo correspondiente a Adultos Mayores, que representa a sujetos que tengan más de 60 años. La edad mínima fue de 20 años y la máxima de 80 años.

La edad promedio (Media) de los encuestados fue de 44,19 con un desvío de 16,51.

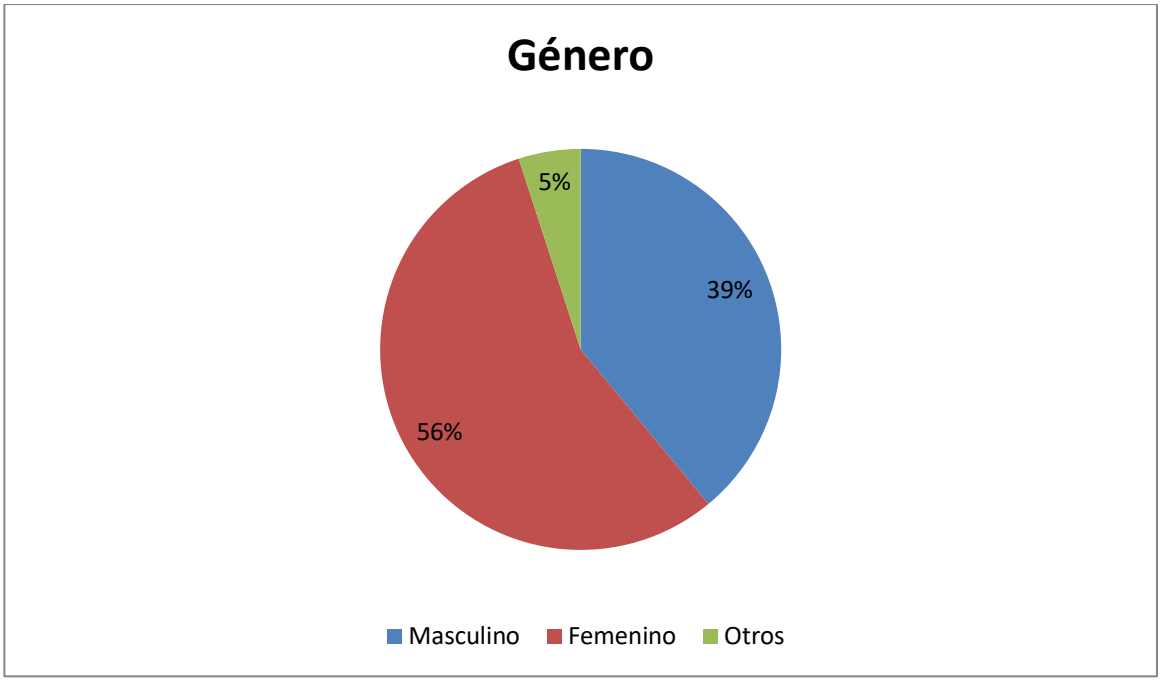


Gráfico 2. *Distribución de la variable Género en la muestra.*

El total de la muestra es de 100 personas adultas, de los cuales 56 son mujeres, equivalente a 56% de la muestra y 39 hombres, representados con el 39%. Una cantidad de 5 personas de otros géneros, equivalente al 5 %.

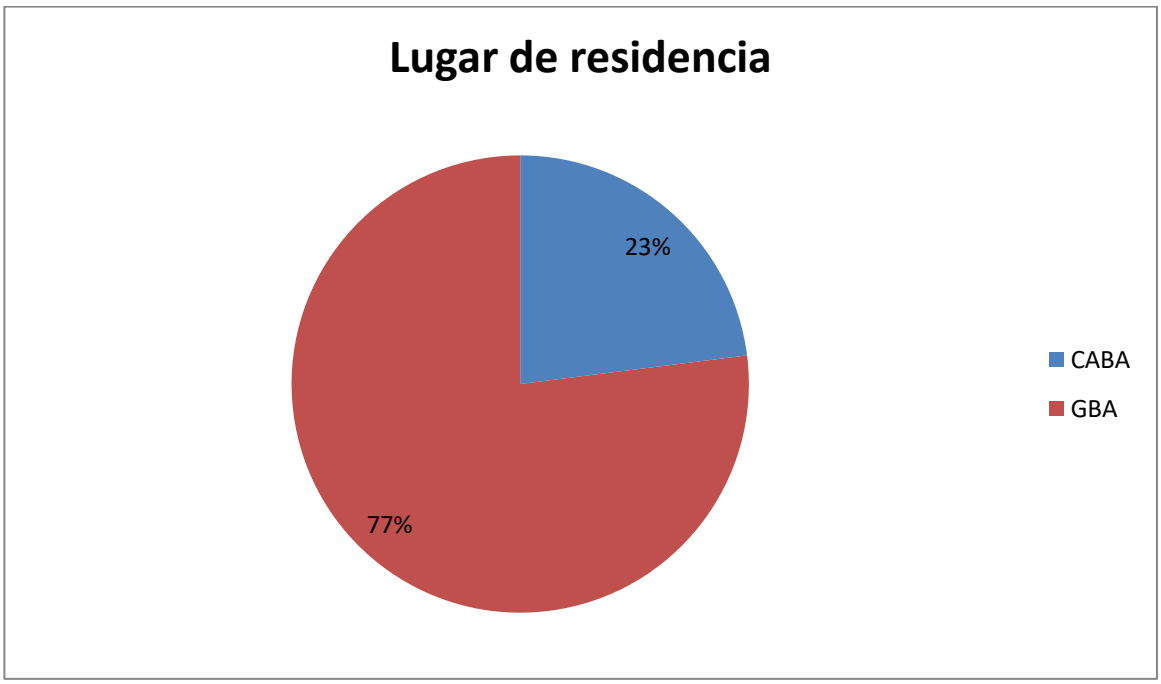


Gráfico 3. *Distribución de la variable Lugar de residencia en la muestra.*

En cuanto al lugar de residencia, 77 participantes residen en el Gran Buenos Aires, lo que equivale al 77% de la muestra, mientras que 23 lo hacen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, representando al 23%.

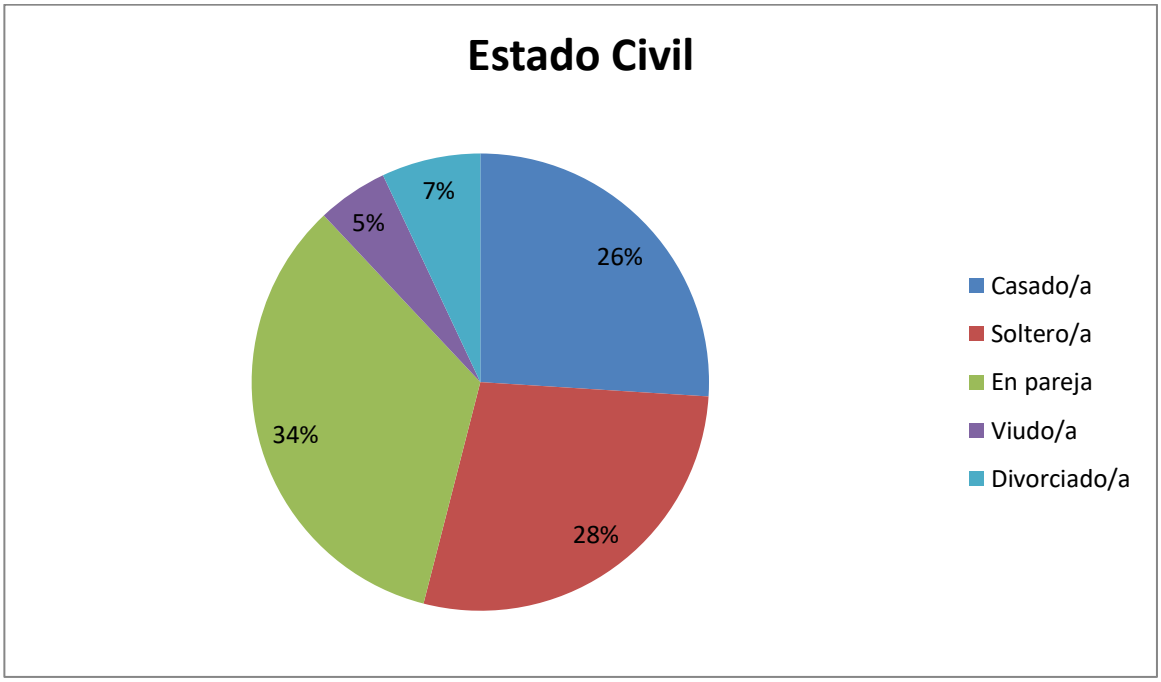


Grafico 4. *Distribución de la variable Estado Civil de la muestra.*

Se puede observar que la muestra se divide en 26 casados, los cuales representan el 26% de la muestra, los sujetos que están solteros son 28 y representan el 28%, los que están en pareja son 34 y representan el 34%, quienes están viudos son 5 y representan el 5%, y por último los que están divorciados son 7 y representan el 7% de la muestra.

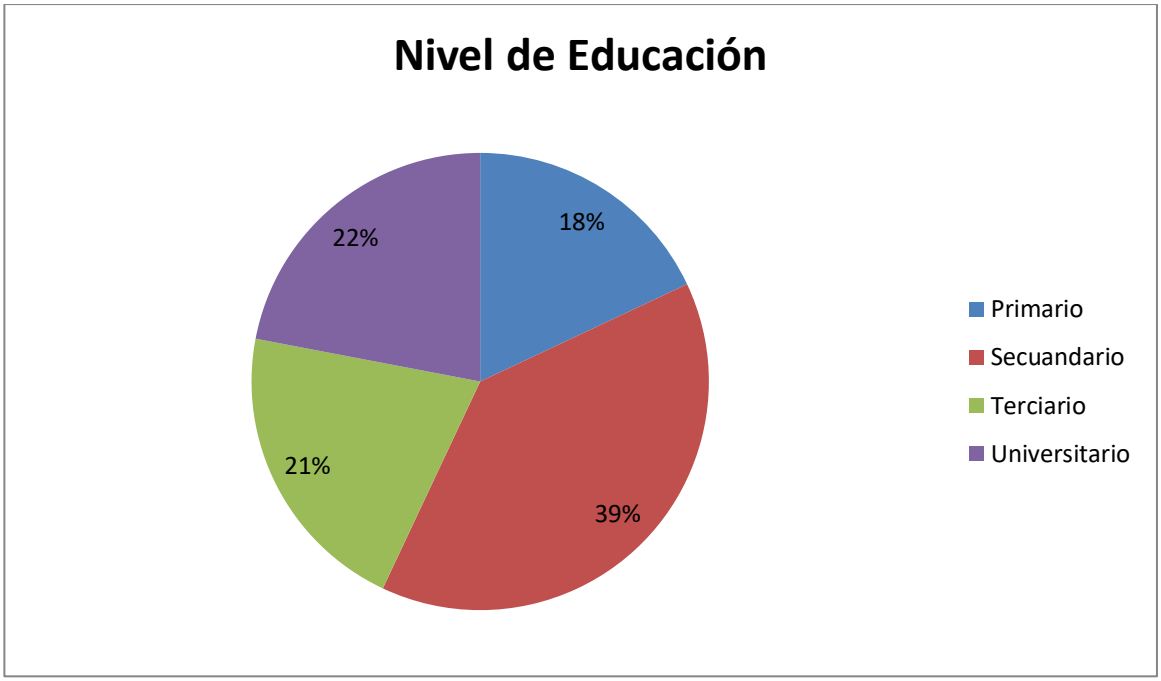


Grafico 5. *Distribución de la variable Nivel de Educación de la muestra.*

La muestra cuenta con 18 personas que cuentan con el nivel Primario lo cual corresponde al 18% de la muestra, 39 personas en nivel Secundario lo cual corresponderia al 39%, 21 personas en el nivel Terciario lo cual corresponderia al 21% y finalmente 22 personas en el nivel Universitario las cuales corresponderian al 22%.

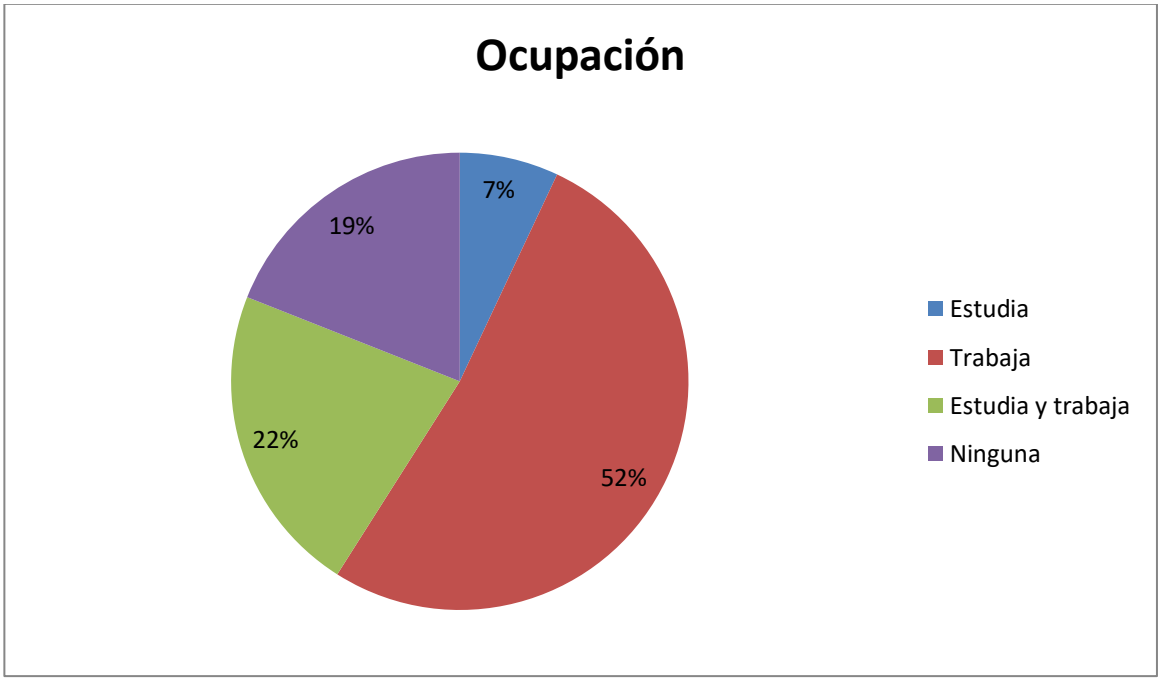


Grafico 6. *Distribución de la variable Ocupación de la muestra*.

La muestra cuenta con 7 personas que estudian, correspondiente al 7% de la muestra, 52 personas que trabajan, los cuales corresponden al 52%, 22 personas que trabajan y estudian, los cuales corresponden al 22%, y por ultimo, 19 personas que no realizan ninguna actividad de las antes mencionadas, correspondientes al 19% de la muestra.

5.2 Análisis de datos

El análisis estadístico se realizó con el programa, y se utilizaron las pruebas de Kruskal-Wallis y Anova de un Factor, para analizar la existencia de diferencias significativas entre más de dos grupos independientes, y la de Rho de Spearman y R de Pearson, para comprobar correlaciones significativas entre variables. El nivel de significación se estableció para todos los análisis en α=.05. Además, se calculó el Alpha de Cronbach para determinar la fiabilidad de los resultados, obteniéndose en la Escala de Resiliencia 0,899 y 0,961 para el Instrumentos Diabetes 39.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de las variables y dimensiones

	Min	Max	Desv. Típ.	Media de PD	Media de PT
Resiliencia	35,00	175,00	19,05	128,02	
Capacidad de autoeficacia	21,00	105,00	12,00	75,00	
Capacidad de propósito y sentido de la vida	5,00	35,00	4,52	27,08	
Evitación cognitiva	9,00	35,00	5,17	25,86	
Energía y movilidad	17,00	96,00	18,17	49,64	38,48
Control de la diabetes	15,00	81,00	15,18	40,58	39,69
Ansiedad y	4,00	28,00	5,72	15,35	47,29

preocupación					
Carga social	5,00	34,00	7,25	13,37	27,90
Funcionamiento sexual	3,00	21,00	4,51	8,05	28,05
Calificación Total	53,00	245,00	44,83	126,99	37,60
Calidad de vida	1,00	7,00	1,17	3,63	43,83
Severidad de la Diabetes	1,00	7,00	1,27	4,22	53,66

Tabla 2

Estadísticos descriptivos para las tres niveles de Resiliencia

	Frecuencia	Porcentaje
Alto	93	93
Medio	6	6
Bajo	1	1

5.2.1 Pruebas de Normalidad.

Se realizó la Prueba de Normalidad para la variable Resiliencia, Capacidad de autoeficacia, Capacidad de propósito y sentido de la vida y Evitación cognitiva. Para las dimensiones del instrumento Calidad de vida, las cuales son, Energía y movilidad, Control de la diabetes, Ansiedad y preocupación, Carga social, Funcionamiento sexual, Calificación

Total, Calidad de vida y Severidad de la Diabetes. Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, y se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 3

Pruebas de Normalidad

	Sig
Resiliencia	,200*
Capacidad de autoeficacia	,200*
Capacidad de propósito y sentido de la vida	,006
Evitación cognitiva	,056
Energía y movilidad	,062
Control de la diabetes	,150
Ansiedad y preocupación	,041
Carga social	,000
Funcionamiento sexual	,000
Calificación Total	,040
Calidad de vida	,000
Severidad de la Diabetes	,000

Nota: Se utilizó estadístico Kolmogorov-Smirnov

Para la variable Resiliencia y las dimensiones Capacidad de Autoeficacia y Evitación cognitiva, la significación fue mayor a 0,05, es decir, que la variable se distribuye de forma normal, no obstante la dimensión Capacidad de propósito y sentido de la vida tiene una significación menor a 0,05, lo que indica que es una distribución anormal.

Las dimensiones del instrumento de Diabetes 39 correspondientes a Energía y movilidad y Control de la diabetes, tuvieron una significación mayor a 0,05, mientras que las demás dimensiones restantes obtuvieron una significación menor a 0,05, determinando que no son paramétricas.

5.3 Análisis de Relación

Se realizó la correlación de la Resiliencia y sus dimensiones con las dimensiones de la variable Calidad de vida, entendiendo esta última como el cuestionario perteneciente al instrumento Diabetes 39.

Tabla 4

Correlación de la Resiliencia y sus dimensiones con las dimensiones de la variable Calidad de vida.

		Resiliencia Total	Capacidad de autoeficacia	Capacidad de propósito y sentido de la vida	Evitación cognitiva
Energía y movilidad	Coef. Correlación	-,092	-,034	-,107	**-,219***
	Sig. Bilateral	,365	,736	,290	,029
Control de la diabetes	Coef. Correlación	-,050	-,012	-,061	-,152
	Sig. Bilateral	,621	,907	,544	,130

Ansiedad y preocupación	Coef. Correlación	**-,201***	-,125	-,084	**-,323****
	Sig. Bilateral	,045	,214	,406	,001
Carga social	Coef. Correlación	**-,220***	-,143	**-,198***	**-,239***
	Sig. Bilateral	,028	,157	,049	,017
Funcionamiento sexual	Coef. Correlación	-,025	,025	-,188	-,033
	Sig. Bilateral	,807	,806	,060	,744
Calificación Total	Coef. Correlación	-,173	-,105	-,144	**-,236***
	Sig. Bilateral	,085	,299	,152	,018
Calidad de vida	Coef. Correlación	**-,348****	**-,335****	-,194	**-,349****
	Sig. Bilateral	,000	,001	,053	,000
Severidad de la Diabetes	Coef. Correlación	-.003	-,112	,106	,094
	Sig. Bilateral	,980	,266	,296	,351

Nota: Se utilizó Rho de Spearman para pruebas no paramétricas. y se utilizó y R de Pearson para la correlación de pruebas paramétricas. ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

La dimensión de Energía y Movilidad tiene relación indirecta y débil solo con la dimensión de Evitación Cognitiva (Rho= -,219 p<,029), esto también sucede con la Calificación Total de los 39 ítems (Rho= -,236 p<,018), correspondiente al nivel de afectación de la Calidad de Vida.

En cambio, en la Ansiedad y Preocupación se asocian con Resiliencia Total de forma indirecta y débil (Rho= -,204 p<,045), asimismo con Evitación Cognitiva (Rho= -,323 p<,001). En cuanto a la Carga Social, se relaciona de forma indirecta y débil con Resiliencia Total (Rho= -,220 p<,028), Capacidad de Propósito y Sentido de la Vida (Rho= -,198 p<,049) y Evitación Cognitiva (Rho= -239 p<,017).

Con respecto a la Percepción de Calidad de Vida, existe relación indirecta y débil en Resiliencia Total (Rho= -,348 p<,000), Capacidad de Autoeficacia (Rho= -,335 p<,001) y Evitación Cognitiva (Rho= -,349 p<,000).

Por otro lado, Control de la Diabetes no se asocia con ninguna dimensión de Resiliencia, lo mismo ocurre con Funcionamiento Sexual y Severidad de la Diabetes, ya que la significación fue mayor a 0,05.

5.4 Análisis de Comparación

Se realizo comparación de las dimensiones de Resiliencia y Afectación de la Calidad de Vida, tomando solo las paramétricas y comparándolas con la variable Lugar de Residencia, ya que está es bicategorial, es por esto que se utilizó la prueba T de Student. Los resultados obtenidos son los siguientes:

Tabla 5

Comparación de variables y dimensiones paramétricas y no paramétricas según Lugar de Residencia

	Sig. bilateral
Resiliencia	,075
Capacidad de Autoeficacia	,074
Evitación Cognitiva	,230
Energía y Movilidad	,772
Control de la Diabetes	,395

	Sig. bilateral	Rango CABA	Rango GBA

Capacidad de propósito y sentido de vida	,191	57,41	48,44
Ansiedad y Preocupación	,082	59,72	47,75
Carga Social	,291	56,09	48,83
Funcionamiento Sexual	,659	52,83	49,81
Calificación Total	,417	54,80	49,21
Calidad de Vida	,774	49,07	50,93
Severidad de la Diabetes	,024	39,20	53,88

Nota: Se utilizó prueba T de Student y estadístico U. de Mann-Whitney

Teniendo en cuenta los sig. bilaterales obtenidos se puede visualizar que no hay diferencias ya que los sig. obtenidos son mayores a 0,05.

En las no paramétricas, se observs que la única dimensión que arroja un sig. menor a 0,05, es Severidad de la Diabetes. En este caso el grupo que más puntúa, con respecto al Lugar de Residencia es Gran Buenos Aires (53,88). Por lo tanto, se podría entender que hay una mayor percepción en la Severidad de la Diabetes en Gran Buenos Aires que en la Cuidad Autónoma de Buenos Aires.

Tabla 6

Comparación de variables y dimensiones paramétricas y no paramétricas según Género

	Sig. bilateral
Resiliencia	,564
Capacidad de Autoeficacia	,448
Evitación Cognitiva	,468
Energía y Movilidad	,026

Control de la Diabetes			,039
	Sig. bilateral	Rango masculino	Rango femenino
Capacidad de Propósito y Sentido de Vida	,320	44,64	50,34
Ansiedad y Preocupación	,041	41,10	52,80
Carga Social	,036	40,90	52,95
Funcionamiento Sexual	,507	50,23	46,45
Calificación Total	,050	41,35	52,63
Calidad de Vida	,202	43,96	50,81
Severidad de la Diabetes	,001	59,04	40,31

Nota: Se utilizó prueba T de Student y estadístico U. de Mann-Whitney.

Una aclaración con respecto a la variable Género, es que no se tuvo en cuenta al grupo "Otros", ya que la muestra fue minoritaria.

Se observa que en las dimensiones Energía y Movilidad y Control de la Diabetes los sig. bilaterales son menores a 0,05, es decir, hay relación significativa. Por lo tanto, se realizó la prueba T de Student para determinar la media de cada dimensión respecto al género.

En las no paramétricas, se pudo observar que en las dimensiones Ansiedad y Preocupación (,041), Carga Social (,036), Calificación Total (,050) y Severidad de la Diabetes(,001) los sig. son menores a 0,05. Por lo tanto, hay diferencias significativas.

En Ansiedad y Preocupación, Carga Social, Calificación Total, el grupo que más puntúa 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, en Severidad de la Diabetes el grupo masculino es el que más puntuó, entendiendo esto como el grupo que mayor impacto tiene en la percepción de la enfermedad.

Tabla 7

Comparación de Energía y Movilidad y Control de la Diabetes según Género

	Energía y Movilidad	Media Control de la Diabetes
Hombres	45,102	37,000
Mujeres	53,553	43,607

Nota: Se utilizó prueba T de Student

La media más alta con respecto a la dimensión Energía y Movilidad es en el grupo de mujeres (53,553), esto puede significar que presentan una mayor limitación en el nivel de energía, las actividades diarias, la agudeza visual y el sueño alterado.

Luego, con respecto al Control de la Diabetes, los resultados dieron que el grupo mujeres es también el más impactado (43,607), significando que es el grupo que mayor impacto tiene en referencia al tratamiento médico, glucemia y plan terapéutico.

Tabla 8

Comparación de variables y dimensiones paramétricas y no paramétricas según Edad

	Sig
Resiliencia	,575
Capacidad de Autoeficacia	,423
Evitación Cognitiva	,953

Energía y Movilidad	,493
Control de la Diabetes	,041

	Sig	Rango Adultos Jovenes	Rango Adultos Medios	Rango Adultos Mayores
Capacidad de Propósito y Sentido de Vida	,058	57,20	47,63	39,88
Ansiedad y Preocupación	,038	58,33	44,22	42,55
Carga Social	,079	57,40	44,88	43,62
Funcionamiento Sexual	,420	49,04	47,86	57,79
Calificación Total	,207	55,97	45,64	45,67
Calidad de Vida	,727	49,11	53,67	48,79
Severidad de la Diabetes	,477	48,04	55,34	48,62

Nota: Se utilizó Anova de un factor y prueba H de Kruskal-Wallis

Se puede observar que hay significación en la dimensión Control de la Diabetes, ya que el sig. es menor a 0,05. Por lo tanto, se prosigue a verificar cual de los grupos es el que puntúa más.

En las no paramétricas, observa que Ansiedad y Preocupación tienen un sig. menor a 0,05, es por esto que hay diferencia significativa.

En este caso, el grupo que más puntúa es el de Adultos Jóvenes (58,33) y el que menos puntúa es el de Adultos Mayores (42,55). Por lo tanto, se entiende que los del primer grupo tienen un mayor efecto con respecto a las preocupaciones de la vida que quienes pertenecen al segundo grupo.

Tabla 9

Media de grupos de Edad según Control de la Diabetes

	Edad	Media
Control de la Diabetes	Adultos Jóvenes	44,595
	Adultos Medios	37,625
	Adultos Mayores	36,095

Nota: Se utilizó Estadísticos descriptivos.

Teniendo en cuenta los resultados con respecto a la media, se puede observar que el grupo que más puntuó es el de Adultos Jóvenes (44,595), entendiendo que es esté el grupo que mayor impacto tiene en referencia al tratamiento médico.

Tabla 10

Comparación de variables y dimensiones paramétricas y no paramétricas según Estado Civil

	Sig
Resiliencia	,740
Capacidad de Autoeficacia	,804
Evitación Cognitiva	,702
Energía y Movilidad	,567
Control de la Diabetes	,640

	Sig

Capacidad de Propósito y Sentido de Vida	,658
Ansiedad y Preocupación	,198
Carga Social	,660
Funcionamiento Sexual	,134
Calificación Total	,832
Calidad de Vida	,618
Severidad de la Diabetes	,073

Nota: Se utilizó Anova de un factor para pruebas paramétricas y prueba H de Kruskal-Wallis para las no paramétricas.

Con lo que respecta a las variables y dimensiones paramétricas en los sig. que se obtuvieron, se puede visualizar que no hay diferencias ya que son mayores a 0,05.

Sucede lo mismo en la comparación de variables de dimensiones no paramétricas, no se observar sig. que sean menores a 0,05, por lo cual, no hay diferencias significativas.

Tabla 11

Comparación de variables y dimensiones paramétricas y no paramétricas según Nivel de Educación

	Sig
Resiliencia	,562
Capacidad de Autoeficacia	,456
Evitación Cognitiva	,493

Energía y Movilidad	,552
Control de la Diabetes	,055

	Sig
Capacidad de Propósito y Sentido de Vida	,112
Ansiedad y Preocupación	,184
Carga Social	,298
Funcionamiento Sexual	,045
Calificación Total	,276
Calidad de Vida	,188
Severidad de la Diabetes	,579

Nota: Se utilizó Anova de un factor y prueba H de Kruskal-Wallis.

No se observa sig. que sean menores a 0,05, por lo cual no hay diferencias significativas en las variables y dimensiones paramétricas.

En cambio en las variables y dimensiones no paramétricas, se puede observar que en la dimensión Funcionamiento Sexual el sig. es menor a 0,05, por lo tanto hay diferencia significativa. Dentro de esta, el grupo que más califica es el Primario (62,56) mientras que el que menos puntúa es el Terciario (51,21). Teniendo en cuenta esto, las personas pertenecientes al grupo Primario, son las que mayor impacto tienen en su capacidad y función sexual y las correspondientes al grupo Terciario son las que menor impacto tienen.

Tabla 12

Comparación de variables y dimensiones paramétricas y no paramétricas según Ocupación

	Sig
Resiliencia	,145
Capacidad de Autoeficacia	,109
Evitación Cognitiva	,632
Energía y Movilidad	,516
Control de la Diabetes	,994

	Sig
Capacidad de Propósito y Sentido de Vida	,144
Ansiedad y Preocupación	,240
Carga Social	,990
Funcionamiento Sexual	,095
Calificación Total	,913
Calidad de Vida	,224
Severidad de la Diabetes	,534

Nota: Se utilizó Anova de un factor y prueba H de Kruskal-Wallis.

No se observar sig. que sean menores a 0,05, por lo cual no hay diferencias significativas en las variables y dimensiones paramétricas y no paramétricas.

Se prosiguió a realizar las comparaciones con las variables y dimensiones no paramétricas, es decir todas las menores a 0,05. Se utilizo estadístico U. de Mann-Whitney con las variables socio demográficas Lugar de Residencia y Género, ya que son bicategoriales.

Capítulo 6. Conclusiones

Partiendo del objetivo general se analiza la relación que pudiera existir entre Resiliencia y Calidad de Vida en Personas Adultas con Diabetes tipo 1 y 2, se puede decir que hay relación indirecta entre las variables, es decir que se refutó la hipótesis de trabajo.

Por otra parte, se observaron relaciones significativas según algunas variables sociodemográficas**:** Con respecto al género se obtuvo que las dimensiones Energía, Movilidad y Control de la Diabetes (Diabetes 39), el grupo que más puntuó es el de mujeres, en base a la primera dimensión se puede plantear que las mujeres presentan una mayor limitación en el nivel de energía, las actividades diarias, la agudeza visual y el sueño alterado. Por lo que refiere a la segunda dimensión, se puede determinar que hay un mayor impacto en referencia al tratamiento médico, glucemia y plan terapéutico. Asimismo sucede en las dimensiones Ansiedad y Preocupación, Carga Social, Calificación Total y Severidad de la Diabetes, determinando que en el grupo mujeres hay un mayor impacto en las preocupaciones de la vida, en las limitaciones que produce la enfermedad y en la obtención de la sumatoria total de los puntajes del cuestionario. Sin embargo, en Severidad de la Diabetes el grupo masculino es el que más puntuó, concluyendo así como el grupo que mayor impacto tiene en la percepción de la enfermedad.

Según la Edad, resulto que en la dimensión Control de la Diabetes, el grupo que más impacto recibe en relación con al tratamiento médico es el de Adultos Jóvenes, es decir personas dentro de los 20 y 40 años. Sucede lo mismo en Ansiedad y Preocupación, el grupo que más puntuó es el de Adultos Jóvenes, comprendiendo que tienen un mayor efecto con respecto a las preocupaciones de la vida.

Acerca del Nivel de Educación, se observó que en la dimensión Funcionamiento Sexual, el grupo que más califica es el Primario, dando a entender que las personas pertenecientes al grupo Primario, son las que mayor impacto tienen en su capacidad y función sexual.

En cuanto al Lugar de Residencia, se puede decir que hay una mayor percepción en la Severidad de la Diabetes en Gran Buenos Aires que en la Cuidad Autónoma de Buenos Aires. Sin embargo, la muestra no es representativa del universo estudiado.

Es importante mencionar que el grupo Adultos Mayores, es el que menos puntuó dentro de algunas de las dimensiones de Calidad de Vida.

6.1 Discusión

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 los efectos de dicha enfermedad, tienen grandes efectos negativos en la salud y en la calidad de vida, así como también, restricciones en algunas actividades diarias, comparativamente con sujetos no diabéticos. 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 (en mujeres) y en el Funcionamiento Sexual (en hombres) (citado en Barnard, Reaney y Speight, 2009). Si bien esta última, no fue lo suficientemente significativa, en los resultados existe una leve incidencia en los hombres con respecto a un mayor impacto en su capacidad y función sexual.

En la misma línea, la investigación realizada por Burán (2017) determino que el grupo de Adultos Mayores obtuvo una alta y moderada Resiliencia, con respecto a la Calidad de Vida, evidenciando lo encontrado en esta investigación, ya que dicho grupo fué el que menos impacto tuvo en cuanto a dimensiones del Instrumento Diabetes 39, pudiendo comprender que es uno de los grupos que más Resiliencia mostro, esto podría ser considerado así, ya que

son las personas con mayor edad y quizás han sido propensos a muchas más circunstancias y momentos difíciles, osea que pudieron lograr aumentar sus habilidades personales, convirtiéndose así, en individuos más resilientes (Serrano et al., 2012). Lo mismo ocurre, con una revisión de literatura sobre la Resiliencia en Adultos Mayores hecha por McLeod et al. (2016), en la cual se encontró que este grupo etario tiene una gran resiliencia formada a través de los años, que no comprende de problemas económicos ni disminución de la edad, todo lo contario, se debe a un envejecimiento óptimo y feliz.

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 porqué 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 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 respectivo 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; Paddison et al., 2008; Salazar et al., 2012; Vicente et al., 2008). Debería considerarse también todas estas cuestiones en el ámbito laboral y lo obstaculizado que es para una persona llevar un autocuidado y control de la diabetes (Azzolini et al., 2011).

Por otra parte, un estudio demostró que a mayor percepción negativa de la enfermedad, menor calidad de vida, ya que se concluyo 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 (Parschlides et al., 2004).

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 porque el presente estudio tiene relación indirecta, con lo dicho por Rozenfeld (2012), ya que las personas con una menor calidad de vida, se enfrentan a situaciones angustiantes, lo que promueve que las personas activen su mecanismo de resiliencia.

Como recomendaciones para próximas investigaciones, se podría comparar una muestra que tengan Diabetes tipo 1 y 2, teniendo en cuenta Creencias y Afrontamiento Espiritual.

En relación a las limitaciones, no sé le pregunto a la muestra qué tipo de diabetes tenían, se realizo un único grupo, por lo cual no sé puede comparar si existe alguna diferencia significativa. Por otra parte, con respecto al Lugar de Residencia, Nivel de Educación, Estado

Civil y Ocupación, la muestra no está apareada. Además, la muestra es no probabilística, es decir, no pueden ser generalizados de forma global porque no habría una precisión del error estándar, por demás, los resultados solo tienen validez como estudio piloto.

Capitulo 7. Referencias bibliográficas

Azzolini, S., Bail, V. y Vidal, V. (2011). Diabetes: importancia de la familia y el trabajo en la adhesión al tratamiento. *Anuario de investigaciones, 18,* 323-330.

Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American psychologist, 58(1*), 5.

American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2008; 31 (Suppl 1): S55-60. Recuperado en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=855902&pid=S1024-067520080002000060001&lng=es

Baldi López, Graciela (2010). Calidad de vida en un grupo de individuos con hipertensión arterial esencial. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Beardslee W.R. (1983). Commitment and endurance: A study of the civil rights workers who stayed. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53, 34-42.

Beardslee, W.R. y Podorefsky, D. (1988). Resilient adolescents whose parents have a serious affective and other psychiatric disorders: Importance of self understanding and relationships. *American Journal of Psychiatry*, 145, 63-69.

Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 11(3)*, 125-146. Recuperado de http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2006-E3EEEFE3-E4DF43B4-C15D-FF038F693092/Documento.pdf

Berezin A., Garcia Reinoso G. (2005). El Poder dicta, por la palabra del sujeto mismo, lo que hay que hacer. Página/12, 9 maggio 2005. http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-50578-2005-05- 09.html. Birth to adulthood. Ithaca, NY: Cornell University Press.

Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience. *American Psychologist,* 59, 20-28.

Bowling, A. e Iliffe, S. (2011). Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes, 9(13).* DOI: 10.1186/1477-7525-9-13

Brown, W.K. y Rhodes, W.A. (1991). *Factors that promote invulnerability and resilience in atrisk children.* En W.K. Brown y W.A. Rhodes (Eds.), Why some children succeed despite the odds (pp. 171-177). New York, NY: Praeger.

Buela-Casal, G; Caballo, V.E. y Sierra, J.C. (Eds.) (1996). *Manual de evaluación de la psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo Veintiuno.

Burán, A. M. (2017). La resiliencia y la relación con la calidad de vida en adultos mayores [en línea]. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Católica Argentina. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación – Sede mendoza. Disponible en: http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/resiliencia-relacion-calidad-vida.pdf

Calidad de vida. (2019, julio 29). *EcuRed*, . Consultado el 03:55, noviembre 12, 2019 en https://www.ecured.cu/index.php?title=Calidad_de_vida&oldid=3479474.

Campbell, A. (1981) *The sense of well-being in america.* McGraw-Hill, New York.

Cárdenas V, Pedraza C, Lerma R (2005). "Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2". Ciencia UANL; 8: 351-257.

Castanedo, C.; García, M.; Noriega, M. & Quintanilla, M. *"Consideraciones Generales sobre el envejecimiento"*. En: Política nacional de envejecimiento y vejez, 2007.

Cortés Recabal, J.; Flores Leone, P.; Gómez Muñoz, C.; Reyes Escalona, K. y Romero Díaz, L. (2012). Resiliencia y su relación con estilos de vida de los adultos mayores autovalentes. *Ciencia y enfermería, 18(3),* 73-81. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000300008&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-95532012000300008

Cummins, R.A. (2000). Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social Indicators Research, 52,* 55-72

Edgerton, R. B. (1990). Quality of life from a longitudinal research perspective. In R. L. Schalock (Ed.), *Quality of life: Perspectives and issues* (pp. 149-160). Washington DC: American Association on Mental Retardation.

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

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

Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in developmental disabilities, 16,* 51 - 74.

Fergus, S. y 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.

Frager R. (2001). *Teorías de la personalidad*. 2a ed. México: Oxford University Press.

Fragoso Castillo, F., Coffin Cabrera, N., Silva Rodríguez, A., & Miralrio Medina, C. (2019). Percepción del Nivel de Resiliencia en Pacientes con Esclerosis Múltiple. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, *22*(4).

Garassini, M. y Zavarce, P. (2010). Historia y marco conceptual de la Psicología Positiva. En Garassini, M., Camilli, C. & Millán, A. (Eds). *Psicología Positiva*:

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

García Monzón, Lizandra, & Navarro Machado, Víctor. (2017). Factores moduladores de resiliencia en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama. *Revista Finlay, 7*(4), 250-259. Recuperado en 25 de mayo de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000400004&lng=es&tlng=es.

García-Vesga, M. y Domínguez-de la Ossa, 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.

Garmezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist, 34(4),* 416-430.

Gjerde, P., Block, J. y Block, J.H. (1986). Egocentrism and ego resiliency: Personality characteristics associated with perspective taking from early childhood to adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology, 51,* 423-434.

Godoy-Izquierdo, D., y Godoy, J.R. (2002). La personalidad resistente: una revisión e la conceptualización e investigación sobre la dureza. *Clínica y Salud, 13,* 136-162.

González U, Grau J, Amarillo MA. La calidad de vida como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana. En: Acosta JR. *Bioética desde una perspectiva cubana.* Ciudad de la Habana; 1997; 279-285.

Grotberg, E. (1995). The Internacional Resilience Project: Promoting Resilience in Children. Wisconsin: Universidad de Wisconsin.

Guyatt, G. H., Van Zanten, S. V., Feeny, D. H., & Patrick, D. L. (1989). Measuring quality of life in clinical trials: a taxonomy and review. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, *140*(12), 1441.

Hayes Dorado, Juan Pablo. (2008). Diabetes mellitus tipo 1. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, *47*(2), 90-96. Recuperado en 25 de mayo de 2020, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752008000200006&lng=es&tlng=pt.

Hernández, M. y 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.

Hernández, S., Fernández, C., y Baptista, L. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). México, D.F: McGraw-Hill Education. Extraido de : https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf 9

Higgins, G.O. (1994*). Resilient adults: Overcoming a cruel past*. San Francisco, CA: JosseyBass.

Hoffman, L; Paris, S; Hall, E. (1996). *Psicología del desarrollo hoy.* Madrid: Mc. Graw- Hill.

Hollanflsworth J.G. Jr. (1988) Evaluating the impact of medical treatment on the quality of life: A 5-year update. *Social Science and Medicine, 26,* 425-434.

Humerman, A.M. (1974). La educación de adultos desde una perspectiva de su ciclo vital, en International *Review of Education,* Vol. XX.

Inbar, J. (2011). Resiliencia, prevención y afrontamiento de la depresión y crecimiento posterior desde una perspectiva psicoterapéutica integrativa. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/articulos/ depresion/50196/

Jiménez, O., & Rojas, V. (2014). Importancia del estado emocional y la resiliencia en procesos de salud y enfermedad. Escuela superior de ciencias de la salud,

TecnoCampus (Trabajo final de grado) Universidad Pompeu Fabra, Barcelona. Extraido de: https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/25410/Ojea_Jimenez_2015.pdf ?sequence=1

Katz, S. (1987). The science of quality of life. *Journal of chronic diseases, 40*(6), 459-463.

Klotiarenco, M. A., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1996). Estado del arte en la resiliencia. Documento preliminar centro de estudios y atención del niño y la mujer. Washington DC: Ceanim.

Kohlberg, L. (1992), *Psicología del Desarrollo Moral*., Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

Lara, P., Martínez, C., Pandolfini, P., Penroz, K. y Díaz, F. (2000). *Resiliencia: La esencia humana de la transformación frente a la adversidad*. Santiago de Chile: Universidad de la Concepción.

Lefley, H.P. (1998). Foreword quality of life model. *Community Mental Health Journal. 34*, 455 - 457.

Levinson, D. (1983). *Hacia una concepción del curso de la vida adulta*. Barcelona Grijalbo.

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

Losel, F. y Bliesener, T. (1990). Resilience in adolescence: A study on the generalizability of protective factors. En K. Hurrelmann y F. Losel (Eds.), *Health hazards in adolescence* (pp. 299-320). New York, NY: Walter de Gruyter.

Luthar, S. y Cushing, G. (1999). Measurement issues in the empirical study of resilience: *An overview. Resilience and development*. New York: Kluwer Academic/Plenum Press.

Maslow, A.M. (1975). *Motivación y personalidad*. Barcelona. Sagitario.

Masten, A.S. y Coatsworth, J.D. (1998). The development of compentence in favorable and unfavorable environment. Lessons from research on sucessful children. *American Psychologist, 53,* 205-220.

Masten, A.S. y Powell, J.L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice: Contribution from Project Competence. En S.S. Luthar (Eds.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversity* (pp. 1-25). New York: Cambridge University Press.

Melchiors, 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.

Mercado, N. C., Romero, A. M. M., & Coronado, A. M. O. (2019). Papel de la Resiliencia en la Evolución de los Pacientes con Cáncer. *Enfermería Oncológica*, *21*(2), 52-57.

Michalos, A. (2004). Social indicators research and health-related quality of life research. *Social Indicators Research, 65,* 27-72.

Mena, F.J. Martín, J.C. Simal, F., Bellido, J. y 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.

Misra, R. y 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.

Miquel, J. "*Integración de teorías del envejecimiento*" (Parte I). En: Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 41(1). Departamento de Biotecnología. Universidad de Alicante, Alicante, España, 2006, pp. 55-63.

McLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K., y Wicker, E. R. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing, 37(4),* 266-272. doi:10.1016/j.gerinurse.2016.02.014

O'Boyle, C. (1994) The Schedule for the evaluation of individual Quality of life (SEIQoL). *Internacional Journal of Mental Health, 23,* 3 - 23.

Olsson, C.A., Bond, L., Burns, J.M., Vella-Brodrick, D.A. y Sawyer, S.M. (2003). *Adolescent resilience: a concept analysis. Journal of Adolescence, 26*, 1-11.

Pablos P. (2008) "La calidad de vida se resiente en los pacientes con diabetes". *Revista Española de economía de la salud* 2008; 7: 79-82.

Palmer, N. (1997). Resilience in adult children of alcoholics: A nonpathological approach to social work practice. *Health and Social Work, 22*, 201-209.

Pascual Sánchez, Ana, & Caballo-Escribano, Cristina. (2017). Funcionamiento y calidad de vida en personas con enfermedades crónicas: poder predictivo de distintas variables psicológicas. *Enfermería Global*, *16*(46), 281-294. Epub 01 de abril de 2017.https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.243031

Peyrot M, Rubin R (1999). Persistence of depressive symptoms in diabetic adults. *Diabetes Care*, 22: 448-452. Recuperado en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=566419&pid=S0798-026420040001000030005&lng=es

Polk, L.V. (1997). Toward a middle-range theory of resilience. *Advances in Nursing Science, 19*, 1-13.

Paschalides, C., Wearden, A.J., Dunkerley, R., Bundy, C., Davies, R y 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 Reaserch, 57*¸ 557-564.

Poulson M.K. (1993). Strategies for building resilience in infants and young children at risk. *Infants Young Children, 6,* 29-40.

Quiceno, J. M., & 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), 591-619.

Quiceno, japcy Margarita, & Medina, Ailyn, & Castañeda, Briyith, Vinaccia, & Stefano & Castelblanco, Paula (2014). Calidad de Vida, Resiliencia, Percepción y Conducta de Enfermedad en Pacientes con Diagnóstico de Dispepsia Funcional. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(1),61-70.[fecha de Consulta 25 de Mayo de 2020]. ISSN: 0123-9155. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=798/79831197007

Rodríguez Daza, K. (2011). *Vejez y envejecimiento*. [Versión Electrónica] Grupo de Investigación en Actividad Física y Desarrollo Humano. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Rosario. Recuperado de http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07ae2f0720b216b.pdf

Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis

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

Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health. 14 (8*), 626-631.

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

Salazar Estrada, José G., & Gutiérrez Strauss, Ana María, & Aranda Beltrán, Carolina, & González Baltazar, Raquel, & Pando Moreno, Manuel (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.[fecha de Consulta 25 de Mayo de 2020]. ISSN: 0120-5552. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=817/81724957009.

Speight J, Reaney M, Barnard K. Not all roads lead to Rome a review of quality of life measurement in adults with diabetes. *Diabetic Medicine 2009; 26(4):* 315–27.

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

Sánchez, B. M. V., Trujillo, G. Z., Alejo, D. P., Álvarez, E. C., Hernández, J. L. I., & Valladares, T. B. (2008). Calidad de vida en el paciente diabético. *Medisur: Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, *6*(3), 22-28.

Schaie, K. W., Willis, S. L., & Soria, M. O. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Prentice Hall.

Shen, S., & Lai, Y. (1998) Optimally scaled quality-of-life indicators. *Social Indicators Research*, *44,* 225-254.

Smith, K., Avis, N., & Assman, S. (1999). Distinguishing between quality of life and health satus in quality of life research: A meta-analysis. *Quality of life research, 8,* 447 - 459.

Southwick, S., Bonanno, G., Masten, A., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. doi: 10.3402/ejpt.v5.25338.

Suriá Martinez, R. (2012*). Resiliencia en jóvenes con discapacidad*:¿ difiere según la tipología y etapa en la que se adquiere la discapacidad?.

Szalai, A. (1980). The meaning of comparative research on the quality of life. En: A Szalai, & F. M. Andrews (Eds.), *The quality of lije. Comparative studies*. London: Sage.

Serrano, M., Garrido, M., Notario, B., Bartolomé, R., Solera, M. y Martínez, B. (2012). Validez de la escala de Resiliencia de ConnorDavidson (CD-RISC) en una población de mayores entre 60 y 75 años. *International Journal of Psychological Research, 5(2)* 49-57. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/ijpr/v5n2/v5n2a06.pdf.

Testa, M. A., & Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New England journal of medicine*, *334*(13), 835-840.

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.

Uriarte, J. (2014). Resiliencia y Envejecimiento. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 4(2*), 67-77. doi: 10.1989/ejihpe.v4i2.54

Urzúa A.(2010) "*Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales*". Rev Med Chile; 138: 341-8.

Vanistendael, S., Vilar, J., & Pont, E. (2009). Reflexiones en torno a la resiliencia. Una conversación con Stefan Vanistendael. *Educación social: revista d'intervenció sòcioeducativa, (43),* (pp. 93-103) Recuperado de http://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/viewFile/180644/369540

Vinaccia, S., & Quiceno, J., & Medina, A., & Castañeda, B., & Castelblanco, P. (2014). Calidad de vida, resiliencia, percepción y conducta de enfermedad en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Acta Colombiana de Psicología, 17 (1),* 61-70. Extraído de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79831197007

Vinaccia, Stefano, & Orozco, Lina María. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas, 1*(2), 125-137. Recuperado em 25 de maio de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982005000200002&lng=pt&tlng=es.

Vinaccia, Stefano, & Quiceno, Japcy Margarita (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. Recuperado en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2819/281922826002

Wagnild, G. (2009). A review of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement, 17,* 105-113.

Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of nursing measurement*.

Wagnild. G. y Young, H. (1990). Resilience among older women. *Image Journal of Nursing Scholarship, 22*, 252-255.

Walsh, F. (1998). *Resiliencia Familiar*. Buenos Aires: Amorrotu.

Werner, E. (1986). Resilient offspring of alcoholics: A longitudinal study from birth to age 18. *Journal of Studies on Alcohol, 47*, 34-40.

Werner, E. (1990). Protective factors and individual resilience. En S. Meisels y J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 97-116). New York, NY: Cambridge University Press.

Werner, E. y Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient youth and children*. New York, NY: McGraw-Hill.

Werner, E. y Smith, R. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from*

WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). Que calidad de vida? / Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *Foro mundial de la salud 1996 ; 17(4) : 385-387* https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264

Wilson, J.P., & Drozdek, B. (Eds.) (2004): *Broken spirits: The treatment of traumatized asylum seekers, refugees and war and torture victims.* New York: Brunner/ Routledge.

Wrosch, C., & Scheier, M. (2003). Personality and quality of life: the importance of optimism and goal adjustment. *Quality of life Research, 12,* 59 - 72.

Zetina, M. (1999). "*Conceptualización del proceso de envejecimiento"*. En: Papeles de población. No. 019. Universidad Autónoma de México. Enero-marzo.

Capitulo 8. Anexos

Este cuestionario forma parte de una tesis para la Licenciatura en Psicología de la UAI. Tu colaboración y honestidad son muy importantes para mí. Los datos serán utilizados solo para fines de la investigación y son totalmente anónimos.

Responder:

Edad:_____ Lugar de Residencia_____

Genero:_____

Marcar con una "X".

Estado Civil:

- Soltero___
- Divorciado/a___
- En pareja___
- Viudo/a___

Ocupacion:

- Estudia ____
- Trabaja___
- Estudia y trabaja___
- Ninguna____

Nivel de Educacion

- Primaria Incompleta___
- Primaria Completa___
- Secundaria Incompleta___
- Secundaria Completa___
- Terciario Completo___
- Terciario Incompleto___
- Universitario Incompleto___

Escala de Resiliencia.

Consigna: Marque con una cruz la opción que considere correcta en función de las afirmaciones.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Usualmente puedo ver una situación desde varios puntos de vista.					
La confianza en mí mismo me permite pasar los tiempos difíciles.					
Soy decidido					
Usualmente manejo los problemas de distintos modos.					
Siento que puedo manejar varias cosas a la vez.					
Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida.					
Soy capaz de hacer las cosas por mí mismo sin depender de los demás.					
Usualmente encuentro cosas de que reírme.					
En una emergencia, soy alguien en quien las personas pueden confiar.					
Siento orgullo de haber logrado cosas en mi vida.					
He podido atravesar situaciones difíciles, porque he experimentado dificultades antes.					
Me basto a mí mismo si lo creo necesario.					
A veces yo hago cosas quiera o no					
Mantengo interés por las cosas					
Mi vida tiene sentido					
Generalmente tengo energía para hacer aquello					

que tengo que hacer.					
Soy auto-disciplinado					
Mantengo el interés en aquellas cosas importantes para mí.					
Cuando hago planes los llevo a cabo hasta el final.					
Acostumbro a tomar las cosas sin mucha preocupación.					
Soy amigable conmigo mismo					
Hago las cosas de a una por vez					
Rara vez me pregunto sobre el objetivo de las cosas.					
No insisto en cosas en las que no puedo hacer nada al respecto.					
Me siento cómodo si hay gente que no me agrada.					

Instrumento Diabetes 39.

Consigna: Se le agradecerá que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste colocando una cruz (X) en el cuadro del número que refleje mejor el grado de afectación en su vida respecto a cada una de las preguntas señaladas, tomando en cuenta que el número 1 indica falta de afectación y, al avanzar la numeración, aumenta el grado de afectación en forma progresiva hasta llegar al máximo, que es el número 7, que indica afectación extrema.

	No afecto	Casi nada	Un poco	Regular	Mucho	Demasiado	Sumamente afectado
1. El horario de los medicamentos para su diabetes.							
2. Preocupaciones por problemas económicos.							
3. Limitación en su nivel de energía.							
4. Seguir el plan indicado por su médico para el tratamiento de la diabetes.							
5. No comer ciertos alimentos para poder controlar su diabetes							

6. Estar preocupado(a) por su futuro							
7. Otros problemas de salud aparte de la diabetes							
8. Tensiones o presiones en su vida							
9. Sensación de debilidad							
10. Restricciones sobre la distancia que puede caminar							
11. Los ejercicios diarios que ha de hacer por su diabetes							
12. Visión borrosa o pérdida de la visión							
13. No poder hacer lo que quisiera							
14. Tener diabetes							
15. El descontrol de su							

azúcar en sangre							
15. El descontrol de su azúcar en sangre							
17. Hacerse análisis para comprobar sus niveles de azúcar en sangre							
18. El tiempo requerido para controlar su diabetes							
19. Las restricciones que su diabetes impone a su familia y amigos							
20. La vergüenza producida por tener diabetes							
21. La interferencia de su diabetes en su vida sexual							
22. Sentirse triste o deprimido							

23. Problemas con respecto a su capacidad sexual							
24. Tener bien controlada su diabetes							
25. Complicaciones debidas a su diabetes							
26. Hacer cosas que su familia y amigos no hacen							
27. Tener que anotar sus niveles de azúcar en sangre							
28. La necesidad de tener que comer a intervalos regulares							
29. No poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados con la casa							
30. Menor interés en su							

vida sexual							
31. Tener que organizar su vida cotidiana alrededor de la diabetes							
31. Tener que organizar su vida cotidiana alrededor de la diabetes							
32. Tener que descansar a menudo							
33. Problemas al subir escaleras							
34. Dificultades para sus cuidados personales (bañarse, vestirse o usar el sanitario)							
35. Tener el sueño intranquilo							
36. Andar más despacio que otras personas							
37. Ser identificado como diabético							

38. Interferencia de la diabetes con su vida familiar							
39. La diabetes en general							

Calificación global

1. Por favor, marque con una cruz (X) el cuadro que indique la calificación de su calidad de vida.

La calidad más alta	Demasiada calidad	Mucha calidad	Regular calidad	Poca calidad	Casi nada de calidad	La más baja calidad

2. Por favor, marque con una cruz (X) el cuadro que indique lo que usted piensa de la gravedad de su diabetes.

La calidad más alta	Demasiada calidad	Mucha calidad	Regular calidad	Poca calidad	Casi nada de calidad	La más baja calidad

Gracias por sus respuestas!!!