

ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Los padecimientos crónico-degenerativos son capaces de afectar a cualquier órgano o tejido en el ser humano. Dentro de estos padecimientos se encuentran la hipertensión arterial y la diabetes mellitus (ISSSTE, 2009). Para efectos del presente estudio, éstos se han tomado en cuenta por ser padecimientos en crecimiento y causantes principales de muerte dentro de la población en el estado de Sonora (Secretaría de Salud México, 2008; Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora, 2008).

Como reflejo de los avances en la reducción de la mortalidad infantil, el control relativo de enfermedades infecciosas, el aumento en la esperanza de vida al nacimiento y de sobrevivida ante enfermedades que se consideraban mortales, la población mexicana se encuentra en un claro proceso de envejecimiento. Estos cambios demográficos impactan en el peso que las enfermedades crónicas tienen en la carga global de la enfermedad de adultos mexicanos (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006).

El proceso de urbanización, la vida sedentaria, la modificación acelerada en patrones de dieta y estilo de vida, aunados a una probable susceptibilidad genética y la crisis económica, han impactado en el aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población mexicana. Estos cambios se han acompañado de un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas asociadas con la obesidad, como diabetes mellitus e hipertensión arterial (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006). Además de la obesidad, comúnmente la hipertensión arterial es un factor de riesgo para padecer diabetes mellitus tipo 2, junto con la edad mayor a los 45 años, intolerancia a la glucosa, o diabetes gestacional (Torrades, 2006).

El impacto que estas enfermedades tienen no sólo en la mortalidad sino en la morbilidad y en la calidad de vida representa una enorme carga tanto para el individuo y su familia como para el sistema de salud y la sociedad en general (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006). Esto refiere la necesidad de crear herramientas para disminuir los costos financieros y emocionales que implican el padecer una enfermedad crónico-degenerativa.

Ante el aumento de estos padecimientos y la preocupación por el bienestar de los pacientes, es importante estudiar conductas que permitan el afrontamiento y la adecuada adaptación al padecimiento y al mismo tratamiento; así como aquellos factores que ayuden al desarrollo de una calidad de vida satisfactoria para los enfermos, y de esta manera adquirir un énfasis positivo hacia la recuperación.

La calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas, se ha convertido en uno de los objetivos de la medicina, cuando es imposible aumentar el tiempo de sobrevida. Debido a esto, el hecho de que el paciente considere que tiene una buena calidad de vida, es esencial no sólo para la adherencia al tratamiento, sino para el éxito en la recuperación, cuando su caso lo permite, porque se ha encontrado que tanto la vitalidad, como el dolor y la discapacidad son influidas por las experiencias personales y por las expectativas de la persona (Velarde y Ávila, 2002).

Por eso, la importancia de nuevos campos de investigación que permitan el estudio en conjunto de características reconocidas como fundamentales para la calidad de vida; que evalúen distintas áreas, externas e internas y su relación con la misma, para que en futuro se puedan realizar programas que integren distintas variables que influyen de manera positiva en la calidad de vida de los pacientes con estos padecimientos.

Sin embargo, para poder tener una percepción favorable de la calidad de vida, es necesario contar con herramientas que hagan que los resultados de la conducta sean positivos, por ejemplo, si la manera en que se afronta el problema resulta en un sentimiento positivo, es más probable que se elija este tipo de afrontamiento para las demás situaciones adversas que se presenten (Barroilhet-Diez y col., 2005).

Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es una enfermedad endócrina incurable asociada a una absoluta o relativa deficiencia de insulina, que afecta física y psicológicamente a los pacientes que la padecen (Porter y Barret, 2004). Ha sido considerada por la Organización Mundial de la Salud (2006), una epidemia mundial; ya que se estima que hay doscientos millones de personas con diabetes, cifra que podía aumentar en los próximos diez años. Lo más preocupante es que de éstos, el cincuenta por ciento aún están sin diagnosticar (IDF, 2005).

Se considera que la diabetes tiene como causantes una serie de factores genéticos, inmunológicos y ambientales que favorecen la destrucción de células beta, las cuales se encargan de producir insulina, hormona que controla la concentración de glucosa en la sangre, regula su producción y almacenamiento (Vinaccia y col., 2006). En las personas con diabetes tipo II, las células beta no funcionan bien y no son capaces de producir y liberar insulina de manera adecuada, además que existe una disminución en la absorción de la glucosa en los tejidos por la insuficiencia de la insulina para adherirse a ellos, lo que resulta en exceso de insulina en la sangre, que con el tiempo daña los nervios y vasos sanguíneos (Torrades, 2006).

El diagnóstico de diabetes, según la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, se establece si cumple con cualquiera de los siguientes criterios: presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual >200 mg/dl (11,1 mmol/l); glucemia plasmática en ayuno >126 mg/dl (7 mmol/l); o bien glucemia >200 mg/dl (11,1 mmol/l) a las dos horas después de carga oral de 75g de glucosa disuelta en agua. En ausencia de hiperglucemia inequívoca, con descompensación metabólica aguda, el diagnóstico debe confirmarse repitiendo la prueba otro día.

La Asociación Americana de Diabetes (2009), define a la diabetes mellitus como una alteración metabólica caracterizada por hiperglucemia y por complicaciones microvasculares y cardiovasculares que aumentan de forma manifiesta la mortalidad y morbilidad asociadas a la enfermedad y reducen la calidad de vida. De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (NOM-015-SSA2-1994), “es la causa más importante para la

amputación de miembros inferiores, de origen no traumático, así como de otras complicaciones como retinopatía e insuficiencia renal; es también uno de los factores de riesgo más importantes por lo que se refiere a las enfermedades cardiovasculares”. La mortalidad por diabetes ha ido en aumento durante las últimas décadas, hasta llegar a ocupar el primer lugar dentro de la mortalidad general (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006).

Los datos de prevalencia mundial de diabetes mellitus que engloban todos los grupos de edad son de 2.8% (casi 171 millones de personas) en el año 2000 y se proyecta a 4.4% (cerca de 366 millones) en el 2030; el incremento en la prevalencia alrededor del mundo afectará al grupo etario mayor de 65 años (Wild y col., 2004). En Latinoamérica, formada por 21 países con casi 500 millones de habitantes, alrededor de 15 millones padecen diabetes mellitus y se estima que en un lapso de 10 años esta cifra aumentará a alrededor de 20 millones (ALAD, 2010). De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006), la prevalencia de diabetes mellitus por diagnóstico médico previo en adultos mayores de 20 años en México se ha incrementado de 4.6% en 1993 a 5.8% en 2000, y a 7% en 2006, y la de hipertensión arterial, de 10.1% en 1993, a 12.5% en 2000 y a 15.4% en 2006. La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en adultos de 20 años o más para Sonora fue de 6.5%, siendo mayor en mujeres (8.3%) que en hombres (4.4%). Para el grupo de edad de 60 años o más esta prevalencia fue de 14.1 por ciento. Por otro lado, 19.9% de los adultos reportó el diagnóstico médico previo de hipertensión arterial, 27.0% en mujeres y 12.0% en hombres. Asimismo, estas prevalencias aumentaron considerablemente con la edad, llegando a 40% en adultos de 60 años o más.

La principal causa de este padecimiento es el estilo de vida sedentario y la alimentación cada vez más rápida y que exige menos tiempo de preparación, lo que resulta en comidas no balanceadas adecuadamente. Esto nos hace ver que manteniendo en control éstos aspectos es posible desde el control hasta la prevención. Dado que estos pacientes pueden mejorar con las dietas y el ejercicio, el tratamiento básico consiste en

que el paciente baje de peso, y haga ejercicio para favorecer la eficacia de la insulina (Brunner, 2004).

Entre los diversos síntomas que experimentan las personas que padecen diabetes, están el orinar frecuentemente, piel seca, picazón en la piel, heridas que sanan lentamente, visión borrosa, sensación de hambre continua, cansancio, debilidad, pérdida de peso, infecciones de la piel, y adormecimiento de los pies (Cano, 2004).

El cambio de hábitos y de estilo de vida que supone tener un enfermo de diabetes, afecta considerablemente la interacción con su medio ambiente y la socialización del individuo, y de esta manera, la calidad de vida que puede percibir (Campillo, 2004).

Distintas investigaciones han demostrado que en el proceso de ajuste al tratamiento, los pacientes pasan por diversos periodos de tensión emocional al someterse a restricciones dietéticas y físicas, lo que trae consigo serias repercusiones emocionales y sociales (Álvarez y col., 2010; Ortiz y col., 2011). Lo anterior repercute indudablemente en la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus.

Hipertensión Arterial

Uno de los factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus, lo constituye la hipertensión arterial, trastorno que se caracteriza por niveles elevados en la presión sanguínea, los cuales son superiores a los requerimientos metabólicos del organismo (Vinaccia y col., 2007), por lo cual la diabetes mellitus y la hipertensión arterial son padecimientos que pueden presentarse en una misma persona.

La hipertensión arterial sistémica es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial, a cifras de $\geq 140/90$ ml/Hg (NOM-030-SSA2-1999).

El establecimiento de las cifras normales de la presión arterial, están definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Sociedad Internacional de Hipertensión y el Comité para la Detección Evaluación y Tratamiento de los Institutos de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica (CDETH). Son: < 90 mm/Hg como

diastólica y sistólica inferior a 140 mm/Hg, y constituye hipertensión arterial, valores por arriba de los normales, registrados por lo menos en dos determinaciones en días distintos.

La hipertensión arterial es la enfermedad crónica más frecuente, que a largo plazo presenta secuencias como la discapacidad, otras enfermedades crónicas como enfermedad vascular, enfermedad cerebrovascular, muerte cardíaca súbita, enfermedad coronaria, entre otras (Alba-Leonel y col., 2008). Es la tercera causa de discapacidad ajustada por años de vida (Kearney y col., 2005). Sin embargo, más de la mitad de la población que presenta hipertensión, lo ignora, ya que se detectan sólo del 13.4% al 22.7%, y menos de la mitad de los que se conocen hipertensos toman medicamentos, y de estos sólo el 20% está controlado (IMSS, 2009). Es por esto que la hipertensión arterial es considerada un problema de salud pública, por las amplias repercusiones en la salud y causante de muerte.

El aumento de la tensión arterial sistólica y/o diastólica representa un factor de riesgo para la mortalidad por enfermedad cardiovascular. Por lo que la prevención primaria y secundaria tiene un impacto favorable en la salud, la calidad de vida y la vida de las personas (Alba-Leonel y col., 2008). Además, la modificación de los factores de riesgo (obesidad y sobrepeso), y los estilos de vida, disminuye su incidencia, favorece el control, al mismo tiempo que previene y reduce las posibles complicaciones que conlleva.

Durante el 2005, una de cada cinco muertes en México tenía como factor de riesgo determinante la presencia de hipertensión arterial (Secretaría de Salud México, 2005). La hipertensión arterial además de ser cada vez más frecuente, es también uno de los padecimientos crónicos de mayor impacto social y económico (Fanghänel-Salmon y col., 1997; OMS, 2011); por tanto la importancia de seguir enriqueciendo la información acerca de la misma, en todos los aspectos posibles, para lograr un frente común de diversas áreas en la prevención, control y tratamiento de este padecimiento.

Aunado a las consecuencias físicas de los padecimientos crónico-degenerativos como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, se encuentra una disminución en la calidad de vida de aquellos que las padecen (Rufino y col., 2009; Vinaccia y col., 2007).

Calidad de Vida

La salud, según la Organización Mundial de la Salud (1948), ha sido definida como el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. Término que ha evolucionado desde su definición conceptual hasta una serie de instrumentos que permiten medir la percepción general de salud. Tanto la vitalidad, como el dolor y la discapacidad, se dejan influir por las experiencias personales y por las expectativas de una persona (Ortiz y col., 2011). Esto permite considerar como necesaria la evaluación no sólo de la salud, sino de la misma a partir de las condiciones físicas, sociales y ambientales de la persona enferma.

En un sentido amplio la calidad de vida se refiere a la satisfacción individual y a la felicidad con la vida en todas las dimensiones consideradas de importancia (Hyland, 1998).

La calidad de vida es un concepto integral que abarca las dimensiones de la percepción de la salud y de las circunstancias sociales, individuales y ambientales que rodean a las personas. La dimensión de la calidad de vida mide sobre todo, el grado de satisfacción de las personas con las circunstancias particulares de su existencia, por lo cual constituye un indicador ampliamente utilizado en programas de atención de la salud individual (Urzúa y col., 2011).

La calidad de vida de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud se puede definir como *“La percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el cual vive, y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”* (WHOQOL GROUP, 1994) e implica *“el bienestar general que incluye descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social, productivo, emocional y cívico, todo ello ponderado a partir del*

conjunto de los valores personales” (Felce, 1997). De ésta manera, es el punto de vista personal el que cobra relevancia en la medición de la calidad de vida.

De acuerdo con Felce (1997), el concepto de calidad de vida integra medidas acerca de las condiciones de vida así como apreciaciones personales subjetivas de satisfacción y valores individuales que indican el grado de importancia que las personas atribuyen a diversas circunstancias de su vida. Los dominios de la calidad de vida abarcan el bienestar físico, el bienestar material, el bienestar social, el bienestar productivo, el bienestar emocional y el bienestar civil o cívico.

El bienestar físico abarca la salud, la nutrición, la capacidad física, la movilidad y la seguridad personal. La capacidad física y la movilidad son definidas como capacidades funcionales relativas a actividades específicas.

El bienestar material abarca las posibilidades de adquirir cosas, la propiedad, el ingreso, las características del ambiente donde se habita, el transporte y la seguridad. Además incluye la calidad de la casa, las características de los muebles, el equipo, la comida, las posesiones y las características del vecindario.

El bienestar social, de acuerdo con Shalock (1996), abarca dos dimensiones: la calidad de las relaciones interpersonales, el nivel de intimidad y el afecto recíproco dentro de la vida familiar, además con los parientes y con los amigos y compañeros, el nivel de participación social en actividades comunitarias y el nivel de aceptación del apoyo brindado por la comunidad.

El bienestar productivo incluye tres áreas: 1) desarrollo personal que abarca la adquisición de habilidades, la competencia personal y la independencia; 2) autodeterminación-autonomía, elecciones y control; 3) actividad constructiva, que es la habilidad personal de emplear el tiempo constructivamente de acuerdo con los talentos personales. Todo lo anterior debe reflejarse en los diversos contextos como la casa, el trabajo, la educación y el descanso.

El bienestar emocional incluye la felicidad, la libertad del estrés, el estado mental, la auto-estima, la espiritualidad o creencias religiosas y la sexualidad. Por

último, el bienestar cívico, abarca la privacidad, la protección bajo la ley, el votar, el pertenecer a la nación y el tener responsabilidades cívicas.

Algunas de las dimensiones del constructo de calidad de vida son predictores del ajuste psicológico que se asocia a la salud física (Louis y Zhao, 2002; Miranda y col., 2012).

Debido a que el concepto de calidad de vida presenta múltiples dimensiones de bienestar (Felce, 1997) a modo de hipótesis la satisfacción experimentada en diversas áreas de la vida pueda proteger de los efectos negativos del maltrato a largo plazo. Hasta el momento, ésta representa una hipótesis novedosa que debe ser probada.

Considerando que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la calidad de vida, dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de su salud (Velarde y Ávila, 2002), por lo cual es importante contar con estudios que permitan determinar los factores que influyen en la evaluación de la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, con el objetivo de ser utilizados en la realización de programas preventivos y de rehabilitación de dichas poblaciones.

De acuerdo a Orley y Kuiken (1994), cuando se realizan investigaciones sobre la multidimensionalidad de la salud puede hablarse de dos factores: uno directamente relacionado con ella, que constituye lo que se denomina Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y otro no directamente relacionado, o factor no médico, que incluye aquellos aspectos dependientes de la familia, las amistades, las creencias religiosas, el trabajo, los ingresos y otras circunstancias de la vida. Estos factores médicos y no médicos están relacionados entre sí, ya que la enfermedad además de afectar al ámbito físico, repercute sobre el estado psicológico del individuo, su nivel de independencia y sus relaciones sociales.

La calidad de vida relacionada con la salud, consiste en la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud físico actual, del funcionamiento diario del individuo y el bienestar percibido en los aspectos físicos, mentales y sociales (Hays y Morales, 2001; Urzúa y col., 2011); esto nos deja claro que la medición en la calidad de vida en

un individuo es cambiante de acuerdo a las circunstancias, y que es importante valorar este concepto en situaciones que se necesite reforzar características personales para poder elevar el nivel de la misma en nuestras vidas.

Tras años de no contar con un instrumento para medir la calidad de vida, la Organización Mundial de la Salud a partir de febrero de 1991, se encargó de elaborar un cuestionario que permite la comparación transcultural del término. Éste cuestionario posibilita que al tener una medida comparativa, se puedan crear programas que ayuden al aumento de la calidad de vida de las personas, conociendo también, cuáles son los factores que repercuten en la misma. La medición de la calidad de vida se puede usar también para planear programas de tratamiento a corto plazo y evaluar a grupos con diagnósticos específicos. El conocer la calidad de vida en un padecimiento específico ayuda a un mejor conocimiento en la historia de las enfermedades, y el impacto de las mismas en los enfermos, así como en los indicadores de mortalidad y morbilidad (Consiglio y Belloso, 2002; Miranda y col., 2012).

Se han observado diferentes interpretaciones entre el paciente, la familia, y el equipo de salud, así como discrepancias en su evaluación. En este contexto, es el paciente quien debe emitir el juicio de calidad de vida y no terceras personas que puedan tener una percepción equivocada acerca de la calidad de vida del enfermo. Por eso que el instrumento debe ser autoaplicado, o bien, aplicado directamente al sujeto, y no a familiares que pueden alterar las respuestas o el curso de la evaluación.

Dentro de las investigaciones realizadas con respecto a las enfermedades crónico-degenerativas, una gran cantidad evalúan los programas de intervención que buscan la mejoría de la adherencia terapéutica, la reducción de costos para el sistema de salud y un cambio en el estilo de vida (Kuri y col., 2001; Ortiz y col., 2011; Quirantes-Hernández y col., 2005; Velázquez y col., 2001). Aunque todas ellas reportan un moderado éxito en los resultados, es necesario ahondar en variables que proporcionen una mejoría integral en los resultados de dichas intervenciones, que además de las mencionadas, puedan garantizar una disminución en los índices de morbilidad, un

aumento en la calidad de vida de las personas que forman parte de la intervención, así como una integración y aceptación total del padecimiento como parte de su vida.

Se ha señalado que las personas que padecen una enfermedad crónico-degenerativa, presentan puntajes más bajos en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (Hervás y col., 2007). Sin embargo, el impacto de diversas enfermedades no debería ser medida únicamente con la cuantificación de parámetros clínicos objetivos, sino mantener la importancia de los aspectos psicosociales, para mejorar el control de la enfermedad (Ortiz y col., 2011), lo cual es retomado en la presente investigación.

Marco Teórico

Teoría de los Sistemas del Desarrollo

La teoría de los sistemas del desarrollo constituye la metateoría que establece los principios básicos que deben tomarse en cuenta al estudiar los fenómenos relacionados con el desarrollo humano. Se caracteriza por ser un enfoque multidisciplinario, relacional, no reduccionista e integrativo para describir y explicar los cambios ontogenéticos, de tal manera que sea una alternativa para las aproximaciones reduccionistas de tipo Cartesiano, donde aún prevalecen las discusiones al respecto de si lo definitorio en el desarrollo humano es el organismo o el ambiente, la maduración o el aprendizaje, o bien, la naturaleza o la crianza (Overton, 2006).

Desde esta perspectiva, el desarrollo humano es multivariado y se requiere para su estudio, el tomar en cuenta las variables relacionadas con el comportamiento en los diversos sistemas con los cuales se tiene contacto. Dichos sistemas corresponden a diversos niveles de interacción, donde unos sistemas afectarán el desarrollo personal de manera más próxima que otros.

La teoría del desarrollo de los sistemas, establece que las personas son sistemas vivientes en continua interacción con los contextos donde se desenvuelven, los cuales incluyen por ejemplo, la familia, los grupos de compañeros, las escuelas, los grupos de trabajo y los sistemas más generales como la cultura. Esta teoría constituye una

aproximación dinámica, no reduccionista, integrativa y multidisciplinaria, para describir, explicar y optimizar el cambio ontogenético (Lerner, 2002; Overton, 2006).

Para Lerner (2005) la teoría del desarrollo de los sistemas tiene nueve características principales:

1. Es una teoría relacional. El desarrollo se encuentra influenciado por el intercambio dinámico que se presenta entre variables biológicas, psicológicas, sociales y culturales. El desarrollo no es entonces el producto mecánico y simple de la influencia de un tipo de variable, por lo cual es necesario el estudio del conjunto de variables señaladas.
2. Se presenta una integración en los diversos niveles de organización. El desarrollo es producto de la integración de sistemas, no es el resultado de un punto de vista reduccionista. Los niveles de organización se integran desde el nivel biológico, pasando por el nivel psicológico hasta el nivel cultural e histórico.
3. En la ontogenia existe la mutua influencia en la relación individuo-contexto. Las regulaciones en el desarrollo ocurren como consecuencia de la mutua influencia entre las conexiones entre todos los niveles de los sistemas del desarrollo.
4. Énfasis en la relación individuo-contexto. Las relaciones individuo-contexto son las relaciones son las unidades básicas de análisis del desarrollo. La integración del individuo al contexto y las influencias del contexto en el individuo son las unidades fundamentales de análisis del desarrollo.
5. Plasticidad en el desarrollo. En el desarrollo, existe el potencial para el cambio sistemático y la variación en las trayectorias individuales.
6. Plasticidad relativa. La probabilidad del cambio en las trayectorias del desarrollo depende la variación en las condiciones contextuales. Algunas veces las variaciones facilitan el cambio, algunas otras pueden obstaculizarlo.

7. Existe diversidad en el desarrollo. Las combinaciones particulares que se presentan entre las variables participantes en los diversos niveles integrados de organización, explica las diferencias entre individuos y grupos.
8. La promoción del desarrollo positivo. Esta se encuentra basado en la relativa plasticidad del desarrollo, la promoción del desarrollo positivo humano es posible, al trabajar en las fortalezas de los individuos y contextos.
9. Multidisciplinariedad. La complejidad que presenta el estudio del desarrollo a través de los niveles de organización, requiere del estudio y la colaboración de diferentes disciplinas.

Existen dos suposiciones adicionales básicas en la teoría de los sistemas del desarrollo que se derivan de la teoría general de sistemas (Bertalanffy, 1962): los principios de equifinalidad y multifinalidad (Cichetti y Rogosh, 1996). La equifinalidad tiene su base en la observación que en cualquier sistema abierto, existen una diversidad de trayectorias que pueden derivar en el mismo resultado (Mayr, 1964). La multifinalidad implica que cualquier componente puede funcionar diferencialmente dependiendo de la organización particular del sistema. Los principios señalados toman en cuenta la flexibilidad y variabilidad de la conducta en el desarrollo que son básicos para el principio de resiliencia, donde a pesar de una historia de riesgo es posible encontrar comportamientos adaptativos de los individuos viviendo en tales condiciones.

Para la teoría de los sistemas del desarrollo, existe continuidad desde la infancia hasta la edad adulta, pero la historia del desarrollo se modula por las relaciones contextuales presentes (Masten, 2006). A partir de lo anterior, la investigación dentro de este marco conceptual, requiere enfocar sus esfuerzos al análisis de las dinámicas contextuales presentes en el desarrollo, pero entendiendo que algunas de ellas han sido moduladas por la continuidad histórica de las experiencias pasadas.

Teoría del Desarrollo de la Psicopatología

Una teoría derivada de la metateoría de los sistemas del desarrollo es la teoría del desarrollo de la psicopatología, la cual asume los principios básicos de la teoría de los

sistemas del desarrollo, a la vez que enfatiza como su objeto de estudio a los orígenes y el curso de los tipos individuales de desadaptación conductual, independientemente de la edad, de las causas, de las transformaciones presentadas en su manifestación conductual y a pesar de la complejidad del curso que tome el desarrollo (Sroufe y Rutter, 1984). La desadaptación y la psicopatología en esta teoría, se consideran el resultado de la interacción entre características intraorganísmicas, la historia adaptativa entre los diversos contextos y el contexto actual (Cicchetti y Dawson, 2002).

Los orígenes de la teoría del desarrollo de la psicopatología se establecieron fundamentalmente para el estudio de la anormalidad. Las primeras investigaciones bajo esta perspectiva comenzaron en los 1970s, con estudios longitudinales desarrollados con muestras de niños que presentaban riesgos de presentar esquizofrenia (Watt y col., 1984). Conforme avanzaron las investigaciones con el marco conceptual de la teoría del desarrollo de la psicopatología, aparecieron investigaciones donde se amplió hacia el estudio de la normalidad, de modo que quedó definida como el estudio de las interacciones que se presentan durante la vida, entre las variables biológicas, psicológicas y sociales tanto en el desarrollo normal y anormal (Cicchetti, 1993; Rutter y Sroufe, 2000). Las palabras normal y anormal también fueron sustituidas por adaptación y desadaptación (Cicchetti, 1990), y se le ha agregado además, el estudio de la continuidad o discontinuidad en el desarrollo, así como las trayectorias asociadas con ambos resultados (Cicchetti y Dawson, 2002; Cicchetti y Sroufe, 2000).

La propuesta del estudio del comportamiento adaptativo surgió de la necesidad de comparar la adaptación con la desadaptación provocada por la psicopatología (Cicchetti, 1984), para mejorar el entendimiento, la prevención y el tratamiento de los trastornos psicopatológicos (Cicchetti y Toth, 1992). También el estudio del comportamiento desadaptativo proporcionó datos importantes para el comportamiento adaptativo, lo cual fue utilizado como el marco conceptual para las investigaciones sobre resiliencia (Rutter, 1985).

Los estudios sobre los puntos de transición de la vida (p. ej. La transición entre niñez y adolescencia, entre la adolescencia y la edad adulta, etcétera) han resultado

particularmente interesantes para los investigadores que utilizan esta perspectiva, dado los riesgos y las potencialidades que implican en el desarrollo humano (Schulenberg y col., 2004). También se ha agregado la propuesta de brindarle mayor énfasis a la influencia de la cultura, debido a que los valores culturales, las creencias y prácticas culturales, afectan las percepciones que tienen los individuos de un grupo ante un evento y afectan las maneras de cómo se responde ante ellos (Cicchetti, 2006).

Desde la perspectiva del desarrollo de la psicopatología, los factores protectores y los factores de riesgo se pueden encontrar en los diferentes niveles de análisis, desde los aspectos genéticos, psicológicos, familiares, sociales o culturales (Cicchetti, 2006). A partir de la influencia de los factores protectores frente a los de riesgo, la teoría del desarrollo de la psicopatología ha sido utilizada como el marco conceptual para el estudio de las trayectorias de adaptación a pesar de su exposición a condiciones de riesgo o adversidad (Masten, 2006). Retomando el principio de multifinalidad, las personas con las mismas circunstancias, pueden tomar diferentes direcciones y algunos de ellos podrán adaptarse y otros no (Cicchetti y Rogosh, 1996).

De acuerdo con lo revisado anteriormente, la teoría del desarrollo de la psicopatología puede ser utilizada para el entendimiento de la adaptación a pesar de los riesgos, lo cual tiene el potencial de brindar conocimiento adicional sobre el desarrollo desadaptativo, su prevención y atención.

Queda claro hasta aquí, el aspecto importante de la teoría, su enfoque en los mecanismos subyacente a la adaptación y desadaptación en el desarrollo humano.

La teoría del desarrollo psicopatológico hace énfasis en el marco del desarrollo mental para comprender la adaptación e inadaptación en el transcurso de la vida; provee un marco integral donde las atribuciones de las teorías y los hechos se conciben en un mayor contexto de comprensión del desarrollo individual y su funcionalidad; además, es una teoría interdisciplinaria, ya que para comprender completamente la patología examina e integra distintos niveles y métodos de análisis dependiendo de lo que se investiga, ya que cada nivel informa y contrasta todos los demás niveles de análisis (Cicchetti, 2006). Una de las tareas principales del desarrollo psicopatológico es definir

patrones de comportamiento en desarrollo, algunos asociados con alta probabilidad a la psicopatología, otros con baja probabilidad a ésta.

De acuerdo con la teoría del desarrollo psicopatológico, la interacción entre los aspectos contextuales, biológicos, psicológicos y sociales, afectan el desarrollo normal y patológico a lo largo de la vida (Cicchetti, 2006), y considera que incluso el estudio de la patología puede incrementar la comprensión del desarrollo normal. Es decir, el estudio de los mecanismos patológicos, permite visualizar los factores de riesgo asociados que requieren ser evitados para un desarrollo saludable.

Según Cicchetti (2006), una de las metas de esta teoría es explicar el desarrollo de patrones individuales de la adaptación e inadaptación. Por esto, se basa en la premisa de que los individuos crean sus experiencias en el medio ambiente, así como crean experiencias de manera individual. Sin embargo, seleccionan, integran y afectan activamente su propio desarrollo y ambiente en un modelo dinámico donde intervienen características intraorganísmicas del individuo, la historia de adaptación y el contexto actual.

Debido a esto, los factores protectores, así como de riesgo del individuo han sido establecidos en múltiples niveles de análisis y en múltiples dominios. Los factores protectores y de riesgos, pueden ser genéticos, bioquímicos, psicológicos, cognitivos, afectivos, basados en experiencias, intrafamiliares, socioeconómicos, sociales y culturales.

Aunque existen múltiples contribuyentes a las conductas adaptativas o desadaptativas de cada individuo; éstas serán determinadas por el sistema en que se desarrolla el mismo. En un sistema abierto, el mismo resultado, en este caso un nivel de calidad de vida satisfactorio, puede ser alcanzado por una variedad de condiciones iniciales distintas y a través de distintos procesos. En un sistema cerrado, el estado final es determinado por el inicial, así, si las condiciones o los procesos cambian, el estado final también.

A lo largo del padecimiento, las personas sufren distintos procesos de adaptación a su enfermedad, lo que posibilita distintas valoraciones de su calidad de vida. A su vez,

distintos niveles que se contienen actúan para dar como resultado una conducta determinada (Torrice y col., 2002).

La presente investigación utilizará el marco conceptual de la teoría del desarrollo psicopatológico, la cual entiende que el desarrollo es el resultado de la integración de los niveles biológico, psicológico y social, ya que se consideran importantes para el desarrollo de la calidad de vida, la cual a su vez, contempla las tres dimensiones. La teoría del desarrollo de la psicopatología también posibilita el análisis de las trayectorias adaptativas a pesar de los riesgos, y el análisis de los factores protectores y de riesgo asociado a los padecimientos crónico-degenerativos como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

Factores Protectores

Se entiende por factores protectores aquellas condiciones o entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y que pueden reducir los efectos de circunstancias desfavorables (Munist y col., 1998). También han sido definidos, como características personales o elementos del ambiente, o la percepción que se tiene sobre ellos, capaces de disminuir los efectos negativos que el proceso de estrés puede tener sobre la salud y el bienestar (Holahan y Moss, 1987).

Las variables protectoras funcionan como defensas sobre los efectos negativos de las variables de alto riesgo (Farrington y Welsh, 2007; Muller y Lemieux, 2000; Rutter, 1999; Rutter, 2007). Para Rutter (2000) el concepto de factor protector tiene que ver con el conjunto de influencias que pueden modificar, mejorar o alterar las respuestas de las personas a los peligros que las predisponen o a resultados no adaptativos. Según Kotliarenko y col., (1997), los factores protectores a diferencia de las experiencias positivas, tienen sus efectos indirectos ante la presencia posterior de un estresor; las experiencias positivas y los factores de riesgo presentan mecanismos de influencia directa en la vida de las personas, mientras que las variables protectoras tienen influencias indirectas a partir de su relación con la variable de riesgo y pueden moderar sus efectos adversos (Zielinsky y Bradshaw, 2006).

De acuerdo con Werner (1993) los factores protectores operan a través de tres mecanismos:

1. Modelo compensatorio: las variables que provocan estrés y los atributos personales son combinados aditivamente en la predicción de la consecuencia, y el estrés severo puede contrarrestarse ya sea por las cualidades personales o por fuentes de apoyo.
2. Modelo del desafío: el estrés cuando no es severo puede tener un potencial estimulador de competencia en una relación curvilínea. Esta relación curvilínea implica que llega un momento en que el estrés es tan severo que los factores protectores no funcionan.
3. Modelo de inmunidad: existe una relación condicional entre estresores y protectores donde los factores protectores no producen efectos detectables en ausencia del estresor.

Los modelos sobre la relación entre los factores protectores y la vulnerabilidad pueden ser aditivos o interactivos. En el modelo aditivo o del “efecto principal” las variables se acumulan para producir riesgo o protección (p. ej. Rutter, 1990; Rutter, 2007; Gaxiola y Frías, 2008), y pueden ser analizados empleando los modelos de ecuaciones estructurales (Bentler, 2006). Por otra parte, el modelo interactivo establece que los factores protectores y los de riesgo interactúan con las situaciones adversas en un proceso bidireccional (Luthar y col., 2000). Independientemente del modelo de que se trate, es importante especificar que la sola presencia de las variables protectoras en los contextos que rodean a las personas no establece ninguna protección sobre las condiciones de riesgo; es el uso de las personas de dichas variables lo que probabiliza la protección contra las condiciones adversas (Cicchetti y Lynch, 1995; Rutter, 2007).

En términos funcionales solamente las variables que se encuentren más fuertemente asociadas con las respuestas positivas en los contextos de alto riesgo se considerarán como protectoras (Vanderbilt y Shaw, 2008).

Aunado a su funcionalidad, los factores protectores también tienden a presentarse de manera conjunta (Gore y Eckenrode, 1994); al respecto se ha reportado que la presencia de ciertos factores protectores en un tiempo determinado también probabiliza la presencia de otros factores protectores en un punto posterior de tiempo (Werner, 2005). Por ejemplo la presencia de protección y apoyo de los padres, posibilita que los adolescentes tengan amistades con comportamientos prosociales, también tengan actitudes positivas hacia la escuela y sean capaces de resistir la influencia de los compañeros para el uso de drogas (Ostaszewski y Zimmerman, 2006).

Es necesario diferenciar entre un factor de recurso y un factor protector. Los factores protectores están limitados a aquellas circunstancias que protegen de altos riesgos pero no tienen efectos o bien tienen efectos limitados ante las situaciones de bajo riesgo (Garmezy, 1987; Rutter, 2007). Cuando una variable tiene influencia ante circunstancias de alto y bajo riesgo se denomina factor de recurso o factor compensatorio (Garmezy, 1987). Un ejemplo de factor de recurso puede ser la seguridad económica, la cual se asocia a respuestas de bienestar familiar e individual (Carlson y col., 2003; Louis y Zhao, 2002).

En su concepción más amplia, la calidad de vida recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad (Velarde y Ávila, 2002). Por ejemplo, el contar con una actitud positiva ante el diagnóstico de cáncer y su afrontamiento, resulta de una serie de características individuales, pero también de características ambientales que ayudan a la persona a generar conductas que le ayudarán a la calidad de vida que perciba (Barroilhet-Diez y col., 2005).

En el presente estudio se han tomado en cuenta los factores protectores contextuales e individuales, en vista de la relación que según la literatura presenta frente a la calidad de vida (Barroilhet-Diez y col., 2005; Gardner y col., 2008) y que probablemente tengan un impacto en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

Factores Protectores Contextuales

Cohesión del vecindario. La cohesión del vecindario implica el grado de confianza y de valores compartidos entre los vecinos (Silk y col., 2004). La cohesión social está definida por la autonomía del individuo de comportarse positivamente (por medio de acciones o disposiciones) de acuerdo con la dinámica de los grupos y organizaciones (Heuser, 2005). En este sentido, la cohesión social constituye un conjunto de acciones autónomas en apoyo a las normas sociales.

Los vecindarios pueden definirse como “el contexto social inmediato en los cuales los individuos y las familias interactúan y se relacionan con las instituciones y los agentes sociales que regulan y controlan el acceso a las oportunidades, estructuras y recursos comunitarios. Los vecindarios son unidades espaciales, redes de asociación y ambientes percibidos” (Gephart, 1997, p. 9).

De acuerdo con Garbarino y col. (2002), el concepto de vecindario incluye tanto apoyos sociales informales (emocionales, instrumentales, e informativos) y redes sociales (conexiones con otras personas); la mayoría de las definiciones de vecindario incluyen un aspecto espacial, un aspecto histórico que indica la evolución de las características residenciales y un aspecto psicológico que corresponde al sentido de identidad de los residentes. La vecindad también tiene una dimensión afectiva que incluye un sentimiento de ayuda mutua, un sentimiento de comunidad y un apego al lugar. El sentimiento de ayuda mutua abarca la creencia de que la asistencia está disponible cuando se necesite, aunque los vecinos no tengan contacto frecuentemente; es decir, es un sentido de confianza más que de uso.

Las personas pueden pertenecer a varias comunidades dependiendo de sus intereses, pero a partir de su lugar de residencia pertenecerán a un vecindario. De esta manera, puede definirse el vecindario como el área geográfica de pertenencia física, donde se forman redes sociales (Gephart, 1997). El vecindario puede promover el desarrollo personal y el bienestar psicológico, así como estimular los tipos de interacción saludable tanto al interior de la familia, como entre la familia y el contexto ambiental más amplio (Gracia y Musitu, 2003; Korbin, 2003). Dichos componentes son centrales

para proveer apoyos que establecen la posibilidad de enfrentar los estresores de nivel individual y del vecindario en su conjunto.

Se reconoce que las características del entorno, están íntimamente ligadas al clima existente dentro del hogar y la cohesión social de los vecindarios, impacta el funcionamiento familiar e individual del ser humano (Silk y col., 2004).

La relación entre las características de cohesión del vecindario y sus efectos en el proceso de adaptabilidad de las personas a las situaciones adversas no constituyen una relación directa sino indirecta, la cual afecta primeramente el bienestar general de las familias (DuMont y col., 2007).

El apoyo social. Gottlieb (1983) definió el apoyo social como “la información verbal y no verbal, el consejo, la ayuda tangible, o la acción que es llevada a cabo por las personas cercanas o inferida por su presencia y tiene efectos benéficos emocionales y conductuales en sus recipientes”. Existen varios tipos de apoyo social: el instrumental, el emocional, la información, la ayuda tangible, las interacciones sociales positivas, el afecto y la estima (Yu y col., 2004). Una de las contribuciones de la teoría del apoyo social es el concepto de mediadores del estrés también conocidos como recursos de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984), los cuales son variables que las personas emplean para su beneficio en presencia de estrés. El tener apoyo social posibilita la protección de las personas sobre las consecuencias adversas con las cuales conviven (DuMont y col., 2007).

De acuerdo con Belsky y Vondra (1989), el apoyo social se refiere a la calidez, apoyo y asistencia proveída por amigos, vecinos, y la familia extendida. El apoyo social obtenido de la familia y de los amigos está relacionado con mejores niveles de salud y niveles más bajos de sintomatología psicológica (Kotler y col., 2001; Vranceanu y col., 2007; Widows y col., 2000).

El apoyo social recibido de fuentes externas de la familia puede tener su efecto positivo en muestras de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, a través de

la disminución de la depresión experimentada producto de la acumulación de variables de riesgo (Lyons y col., 2005).

Los efectos del apoyo social son transaccionales por lo cual dependen de la naturaleza del estresor, las características de personalidad y los tipos y características de los apoyos sociales disponibles; el mecanismo por medio del cual el apoyo social puede proteger de los efectos adversos de situaciones de riesgo es afectando la percepción del estrés y la disponibilidad de recursos de protección (Vranceanu y col., 2007).

Las características de apoyo social de las comunidades donde habitan las personas pueden tener efectos protectores sobre condiciones adversas (DuMont y col., 2007). En enfermos crónico-degenerativos con diabetes mellitus tipo 2 y con hipertensión arterial, el apoyo social tuvo un efecto directo en la adhesión al tratamiento, así como en la disminución de la presión diastólica y en el control del nivel glicémico (Gomes-Villas y col., 2012; Ortiz y col., 2011).

Los efectos del apoyo social pueden amortiguar los efectos de las variables de riesgo permitiendo la disponibilidad de recursos emocionales y materiales a las personas que enfrentan situaciones de riesgo.

Factores Protectores Individuales

Autorregulación. La autorregulación de la conducta permite que las personas, evalúen su comportamiento de tal manera, que eligen cuáles son los más favorables para su recuperación (León-Rubio y col., 2004). La autorregulación se define como la capacidad que poseen los individuos para modificar su conducta en virtud de las demandas de las situaciones específicas (Block y Block, 1980) es también definida como la capacidad interna para regular efecto, atención y conducta para responder efectivamente a las demandas internas y del ambiente (Raffaeli y col., 2005).

En los modelos explicativos de la psicología de la salud, se destaca la importancia de la autorregulación en relación con la calidad de vida (León y col., 2004). De acuerdo con Cardozo y Alderete (2009), la autorregulación comprende tanto las “funciones ejecutivas” (conjunto de procesos que sirven para controlar continuamente el

progreso hacia una meta comprobando los resultados y redirigiendo los esfuerzos eficaces), como la “regulación de las emociones” (las estrategias utilizadas para ajustar el estado emocional a un nivel de intensidad adecuado con el entorno y en consecuencia poder actuar sin dificultad). A partir de lo anterior, la autorregulación permite que las personas, evalúen su comportamiento de tal manera que son capaces de elegir las acciones que son más favorables para su recuperación (León y col., 2004); por ejemplo, la adherencia al tratamiento, el mantener una dieta saludable y el practicar ejercicio con regularidad. Este tipo de hábitos ha sido relacionado con el bienestar subjetivo y la buena salud (Wrosch y col., 2003). Se ha señalado que la autorregulación como una variable psicológica, ha demostrado tener una relación positiva con las enfermedades y en el caso de la diabetes mellitus, la autorregulación permite el desarrollo de conductas apropiadas asociadas al control de la enfermedad y a las percepciones positivas de la calidad de vida (Pineda y col., 2004).

La autorregulación es altamente sensible a las influencias ambientales que interactúan con las predisposiciones individuales, por lo que explica el ajuste psicológico y social de los individuos de acuerdo al momento en que se desarrollen; el desarrollo de la autorregulación depende de múltiples factores como la influencia del contexto social, las habilidades cognitivo-lingüísticas individuales o la maduración del cerebro (Ato y col., 2004).

Según Carver y col. (2000), lo que importa en la regulación del estrés y el bienestar psicológico es la expectativa de un resultado positivo ante situaciones estresantes, y no el autocontrol sobre el logro. Sin embargo Folkman y Moskowitz (2000), afirman que son ambas cosas las que importan. Puede ser, que las personas no necesitan tener autocontrol en todas las áreas de su vida, sólo en algunas que consideran importantes para su bienestar personal, sobre todo de supervivencia. Es por esto necesario conocer el proceso que determina la importancia relativa de la autorregulación y las expectativas en un escenario estresante.

La investigación en autorregulación y conducta adaptativa humana, muy seguido realza la importancia del rol jugado por los objetivos logrados, juntos con los procesos

conjuntos y variables que soportan la obtención de logros, como la persistencia, autoeficacia y optimismo (Bandura, 1977; Wrosch y col., 2003). El hecho de ser optimista, persistente y creer en nuestras competencias o habilidades, ha sido relacionado con el bienestar subjetivo y la buena salud (Bandura, 1997; Wrosch y col., 2003).

La adaptación de la autorregulación de metas inalcanzables depende de la habilidad de nuevas alternativas hacia las cuales la gente puede dirigir sus esfuerzos. Teniendo nuevas metas disponibles y un nuevo compromiso en éstas, una persona puede reducir su angustia que surge del deseo de obtener lo inalcanzable y seguir para lograr un sentido de propósito en la vida, encontrando otras actividades de valor (Wrosch y col., 2003). El padecer una enfermedad crónico-degenerativa, puede ocasionar angustia por el hecho de ser un padecimiento incurable, sin embargo, el enfocar los esfuerzos hacia el control de la enfermedad y un cambio en el estilo de vida, puede aumentar el bienestar subjetivo y disminuir la posibilidad de trastornos psicológicos por ser metas, que mediante cambio de conductas individuales, pueden ser alcanzadas.

Una de las características que distinguen a las personas que son capaces de sobresalir ante la adversidad, es su habilidad desarrollada para la autorregulación (Gilmore y Cuskelly, 2005; Gaxiola y Frías, 2010; Gaxiola y col., 2012).

Resiliencia. En los últimos años, se ha reconocido la resiliencia como un tema importante para el avance de los estudios sobre enfermedades crónicas. El concepto de resiliencia se viene estudiando aproximadamente desde los últimos 50 años, su origen proviene del latín de la palabra *resilio* que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar (Becoña, 2006).

El término “resiliencia” ha sido empleado históricamente para describir a aquellos individuos que son capaces de mantenerse adaptados ante la adversidad (Cicchetti y Garnezy, 1993; Werner, 1990, 1993; Werner y Smith, 1982); o bien para describir la capacidad de mantener un funcionamiento saludable en circunstancias no saludables o el mantenimiento de la estabilidad en condiciones de estrés (Garnezy,

1981). En general la resiliencia ha sido definida como la buena adaptación bajo circunstancias extenuantes o bien como el logro del éxito en tareas del desarrollo ante la presencia de retos serios (Masten y Reed, 2002).

La resiliencia y la vulnerabilidad son polos opuestos en un continuo, de tal manera que las respuestas de los individuos a la adversidad pueden ubicarse en algún punto a lo largo del continuo (Rutter, 1985). De acuerdo con Masten (2001) la resiliencia constituye un fenómeno común que resulta en la mayoría de los casos de la operación de sistemas básicos de adaptación humana. Cuando dichos sistemas están protegiendo ordenadamente, el desarrollo es adecuado a pesar de la adversidad, pero si son afectados se incrementa el riesgo de manifestar problemas durante el desarrollo, particularmente si los riesgos ambientales son prolongados.

Según Munist y col. (1998), y Cicchetti y Rogosh (1997), la resiliencia no debe considerarse como una capacidad estática, ya que puede variar a través del tiempo y las circunstancias. La resiliencia es el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y las características individuales del ser humano (Rutter, 1999). Por lo tanto, para poder evaluar los factores protectores y la adaptación subyacente desarrollada por las personas técnicamente es importante la presencia de riesgos detectados en el entorno de las personas. En este sentido, Rutter (1987) señaló que los mecanismos de riesgo llevan directamente al desorden, mientras que los factores protectores operan indirectamente, con sus efectos aparentes solamente en virtud de sus interacciones con la variable de riesgo.

Los individuos resilientes son aquellos que mantienen su competencia a pesar de su exposición al riesgo (Garmezy, 1985). La competencia es el resultado de interacciones complejas entre las personas y su ambiente de tal manera que incluye a los retos y exigencias debidos a los cambios presentados durante el desarrollo o cuando los entornos cambian (Masten y Coatsworth, 1998).

En este sentido, para Munist y col. (1998) las personas resilientes serán aquellas que al estar insertas en una situación de adversidad, es decir, al estar expuestas a un conglomerado de factores de riesgo, tienen la capacidad de utilizar aquellos factores

protectores para sobreponerse a la adversidad, crecer y desarrollarse adecuadamente, llegando a madurar como seres adultos competentes, pese a los pronósticos desfavorables. En general la resiliencia ha sido definida como la buena adaptación bajo circunstancias extenuantes o bien como el logro del éxito en tareas del desarrollo ante la presencia de retos serios (Masten y Reed, 2002). A pesar de que la resiliencia puede manifestarse en individuos, ésta constituye un proceso dinámico e interactivo entre las personas y los contextos, evidenciada en adaptaciones a condiciones adversas (Luthar y col., 2000).

Para Egeland y col. (1993) cada persona tiene un potencial para la resiliencia, pero son las interacciones entre las personas y el ambiente las que en última instancia son responsables de que se presenten o no respuestas resilientes. La prevalencia de la resiliencia va del 15% al 50% dependiendo de la definición de resiliencia y de la población bajo estudio (Rutter, 1987; Werner, 1993). La resiliencia no actúa uniformemente sino que depende de las variables contextuales (Tussaie y Dyer, 2004). El concepto de resiliencia ha evolucionado desde ser un proceso universal a un proceso presentado de acuerdo con las diferencias individuales. En conclusión la resiliencia implica que algunas personas tendrán relativamente buenas respuestas a pesar de tener experiencias con riesgos que pueden ocasionarles secuelas (Rutter, 2006).

Problemas metodológicos en la definición y medición de la resiliencia. Un punto central en la investigación es si la resiliencia es un rasgo encontrado en algún grado variable dentro de los individuos (Fonagy y col., 1994), o si constituye un proceso que está disponible para todos en su desarrollo (Jacelon, 1997; Luthar y Cicchetti, 2000; Smokowsky, 1998).

Cuando la resiliencia es vista como un rasgo individual poco aporta para aclarar los procesos que subyacen a la resiliencia y no informa sobre las variables que deben atenderse en las intervenciones preventivas dado que de antemano se personalizan los factores asociados (Luthar y col., 2000). Sobre lo anterior ha existido debate, pero el consenso científico ha comenzado a ver la resiliencia como un estado dinámico que

permite a los individuos funcionar adaptativamente, a pesar del estrés severo, utilizando ciertos recursos protectores para moderar el impacto de los factores de riesgo (Cicchetti y Rogosh, 1997; Rutter, 1999; Rutter, 2007). El concepto de resiliencia ha evolucionado desde las concepciones de rasgo personal para convertirse en un constructo “multideterminado y producto cambiante de la interacción con los contextos ecosistémicos dados” (Waller, 2001, p. 290).

La resiliencia ha sido medida con base en la actuación que tienen las personas en riesgo en áreas como el trabajo, la escuela, el ajuste conductual, el ajuste psicosocial, y la salud física (Tusaie y col., 2004). Sin embargo, la evidencia sugiere que la idea de una resiliencia completa es de cuestionable utilidad (Luthar, 1993; Hunter, 2001), debido a que comúnmente es posible encontrar individuos resilientes en un área pero no en otras (Luthar y col., 2000). Así que la resiliencia medida en dominios o ámbitos específicos es más útil en la investigación y práctica que una definición global de resiliencia (Werner y Johnson, 1999). Los dominios en los cuales se mide la resiliencia cambian de acuerdo con el desarrollo; por ejemplo, las medidas de resiliencia en la juventud pueden ser ejecuciones más altas que la norma en los dominios del desarrollo de la profesión, en las relaciones sociales y en el bienestar físico (Tusaie y Dyer, 2004).

La resiliencia es un constructo contextual e inferido que requiere de un juicio esencial (Masten, 1999; Masten y Coatsworth, 1998), que consiste en determinar la existencia de una amenaza al desarrollo; es decir, debe existir en el presente o en el pasado una amenaza potencial para el desarrollo normal de los sujetos; esto es, deben existir riesgos demostrables.

En general no hay consenso con respecto al significado e implicaciones del término “adaptación positiva”, la cual depende de las medidas que cada investigador en diversos contextos, de tal manera que cuando es evaluada en contextos académicos las medidas son académicas; si se evalúa con respecto a relaciones familiares o amigos se aplican medidas de interacciones sociales, etcétera (Gaxiola y col., 2012; Luthar y col., 2000). Además, han existido dificultades para operacionalizar los conceptos encontrados alrededor de las definiciones de resiliencia, como por ejemplo “adaptación en la

adversidad” (Cicchetti y Garmezy, 1993; Higgins, 1994; Masten y Garmezy, 1985; Werner, 1990, 1993; Werner y Smith, 1982); el “funcionamiento saludable en circunstancias no saludables” (Garmezy, 1981); o la “posibilidad de tener una vida sana en un medio insano” (Rutter, 1993). Por ello, para algunos autores como Luthar (1993), y Luthar y Zigler (1991), la resiliencia ha dejado de ser un concepto relacionado con la ausencia de psicopatología, como por ejemplo la ausencia de un problema de conducta antisocial en personas que viven en situaciones de riesgo (Jaffe y col., 2007) para pasar a ser uno que implica la manifestación de competencia o conducta adaptativa (Gaxiola y Frías, 2008).

Como una de las tendencias actuales en la investigación de la resiliencia, algunos autores proponen que las medidas empleadas para ésta se alejen exclusivamente de la ausencia de síntomas (Linley y Joseph, 2005), debido a que la resiliencia no es solamente la ausencia de psicopatología ante situaciones de riesgo, sino la posibilidad de mantener el funcionamiento adecuado y saludable ante los riesgos a través del tiempo (Bonano, 2004). La elección de la alternativa de medición de la resiliencia como ausencia de patologías o como conducta adaptativa aun depende de la orientación preferida por cada investigador.

El término conducta adaptativa puede resolver las controversias existentes en la investigación de la resiliencia si son empleados criterios objetivos de medida, dichos criterios dependerán del conjunto de indicadores que las investigaciones hayan determinado como aquellos más adaptativos en los ámbitos específicos del desarrollo (Gaxiola y col., 2012). Es necesario trabajar en la construcción de dichos indicadores adaptativos, por ejemplo en los ámbitos de la salud, de las relaciones sociales, en contextos académicos y en las áreas laborales.

El concepto de adaptación ha sido empleado como un recurso psicológico para el estudio del bienestar subjetivo de las personas (Hobfoll, 2002; Lucas y col., 2003) lo cual se asocia con la satisfacción de las personas en la vida. Desde esta perspectiva, una persona adaptada es una persona feliz; sin embargo, el sentido del nuevo concepto de adaptación tiene que ver con el aprovechamiento de los recursos históricos o presentes

de las personas para disminuir los efectos de los factores de riesgo y se espera, en concordancia con los estudios tradicionales del término adaptación, que aquellas personas con un índice mayor de adaptabilidad manifiesten mayor satisfacción en la vida, medida ésta como calidad de vida.

Las personas adaptables son altamente flexibles, pueden ajustarse a cambios ambientales y pueden actuar competentemente ante situaciones de riesgo. El grado de adaptabilidad de las personas, como cualquier otro fenómeno psicológico, dependerá de interacciones consistentes de las personas con ciertos objetos estímulos (Ribes y López, 1985; Ribes, 2004), denominados en esta investigación como “factores protectores”.

Por lo anterior, para este estudio, se ha adoptado la definición de resiliencia, hecha por Gaxiola y Frías (2008), la cual consiste en “la capacidad para presentar respuestas adaptativas ante condiciones adversas”.

Es importante enfatizar que las personas no son resilientes sino con disposiciones o tendencias para la resiliencia. Los individuos con tendencias resilientes, son aquellos que mantienen su competencia a pesar de su exposición al riesgo. La competencia es el resultado de interacciones complejas entre las personas y su ambiente, de tal manera que incluye a los retos y exigencias debidos a los cambios presentados durante el desarrollo o cuando los entornos cambian (Masten y Coatsworth, 1998).

La resiliencia es un proceso que surge de la actividad continua de las personas, lo cual implica un conjunto de disposiciones psicológicas que permiten a las personas comportarse de esta manera (Gaxiola y col., 2011).

Las tendencias o disposiciones resilientes. El concepto de variable disposicional es un término propuesto por Ryle (1949) para indicar constructos psicológicos que no son acciones u ocurrencias sino capacidades o propensiones. Aunque las disposiciones no son eventos u ocurrencias tienen su manifestación empírica al establecer las condiciones para que se presenten, es decir, son variables del orden latente que pueden ser objetivadas con indicadores observados o reportados (Corral, 1997). Las variables disposicionales conceptualizadas como tendencias, capacidades o

propensiones (Ryle, 1949) establecen la oportunidad de ubicar al fenómeno de la resiliencia fuera de estructuras mentalistas o rasgos de personalidad y establecerlo como un fenómeno natural probabilístico y objetivable a partir de las interacciones históricas y presentes de los sujetos con su entorno. Las disposiciones psicológicas son conjuntos o colección de eventos o acciones (Ribes, 1990b) que pretenden identificar probabilidades de acción en el futuro, siendo esto una elaboración simplificada que representa interacciones consistentes de los sujetos con el entorno (Corral, 1997). El concepto de disposición psicológica describe una condición histórica que puede identificarse como tendencia de interacción y como modo de relación con circunstancias sociales típicas (Ribes, 1990c). Mientras que la tendencia es definida por Ribes (1990a) como la ocurrencia de cierto tipo de cambios correlacionados con alguna situación o cambios en una situación, en este sentido, una tendencia constituye una covariación o correlación entre diversas interacciones al margen de su tiempo real de ocurrencia.

Las variables o eventos disposicionales no constituyen entidades internas, ni mediadoras entre el estímulo y respuesta, son producto de la ontogenia y su función es probabilizar comportamientos. Estas disposiciones psicológicas en la literatura constituyen las “características individuales” o bien se identifican como los “factores protectores individuales” asociadas a la resiliencia (p.ej. el sentido del humor, el comportamiento orientado a la meta, entre otros que se describirán más adelante). El hablar de las características individuales asociadas a la resiliencia como disposiciones psicológicas permite superar las concepciones de causalidad interna de la conducta o bien confundirlas con los factores protectores internos. Los aprendizajes individuales posibilitan el desarrollo de las disposiciones psicológicas pero no son protectoras por sí mismas, sino que dichas disposiciones al interactuar con las situaciones adversas, posibilitan los comportamientos que finalmente permiten que se superen o no dichos riesgos. Las disposiciones psicológicas operan al presentarse los riesgos y posibilitan una gran variedad de comportamientos, para ejemplificar, en una situación donde se presenta una pérdida significativa en la vida, la disposición psicológica de

comportamiento orientado a la meta, permite delimitar las posibilidades adaptativas y los recursos existentes para hacerle frente a ésta pérdida.

El conjunto de atributos personales cuya combinación permite superar los efectos nocivos de las situaciones de riesgo, contemplan un conjunto de cualidades que pueden ser enmarcadas en siete dimensiones de carácter disposicional que parten de una revisión de la literatura sobre el tema, a saber:

- 1) Actitud positiva, 2) Sentido del humor, 3) Perseverancia, 4) Religiosidad, 5) Autoeficacia, 6) Optimismo y 7) Orientación a la meta.

1. Actitud positiva. Esta disposición abarca el enfoque positivo de la vida, la búsqueda de personas positivas, una disposición para el aprendizaje ante los problemas y el tratar de ser feliz a pesar de los problemas que se enfrentan cotidianamente. La actitud positiva ha sido tomada en cuenta en modelos de bienestar psicológico (p.ej. Ryff, 1995) y se ha relacionado con la resiliencia (Nelson, 2008). En una investigación realizada acerca de la resiliencia de los adolescentes que estuvieron en el Huracán Katrina, los resultados tuvieron que ver con las habilidades para mantener actitudes positivas, preguntar para y recibir ayuda y solucionar problemas (Nelson, 2008).

2. Sentido del humor. Es la disposición de sonreír aún ante la presencia de problemas o de situaciones difíciles. En un estudio que tenía como objetivo conocer el proceso para desarrollar la resiliencia, en habitantes de Montevideo, se encontró que el humor y la capacidad de reírse les permitía encontrar alivio, aún en su situación adversa (Menoni y Klasse, 2007).

3. Perseverancia. Es la persistencia del esfuerzo para lograr metas a pesar de las dificultades y la habilidad para reajustarlas, aprender de las dificultades y reconocer el valor de la adversidad (Pérez y col., 2007). Consiste en la tendencia a mejorar constantemente las condiciones de vida y de mantener la constancia para conseguir lo que se quiere a pesar de los obstáculos. Greff y Ritman (2005), reportaron que la perseverancia es una de las características individuales más importantes para enfrentar la pérdida de un padre.

4. Religiosidad. Es la tendencia a conceptualizar los problemas que se enfrentan de acuerdo con las creencias religiosas que se tengan. Los problemas por más difíciles que sean pueden ser considerados como pasajeros cuando se tienen creencias sobre la trascendencia de la vida. En un estudio realizado sobre los efectos protectores de la religiosidad en niños maltratados se encontró que el nivel de religiosidad contribuía en el proceso para de enfrentamiento del estrés (Kim, 2008).

5. Autoeficacia. De acuerdo con Bandura (1997) la autoeficacia consiste en las “creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos que producirán determinados logros o resultados” (p.3). Altos niveles de autoeficacia implican que las personas tienen la suficiente confianza en sí mismos para responder a los estímulos que les presenta su entorno, de este modo, situaciones estresantes no van a ser perturbadoras para las personas si perciben que tienen la capacidad para enfrentarlas. Benight y Bandura (2004), reportaron que a partir de la revisión de diversos estudios la autoeficacia puede ayudar a la recuperación de la experiencia que presentan diversas situaciones traumáticas como desastres naturales, catástrofes tecnológicas, ataques terroristas, combates militares y asaltos sexuales y criminales.

6. Optimismo. Es la tendencia de las personas a esperar resultados positivos y favorables en sus vidas y la expectativa generalizada de resultado positivo (Scheier y Carver, 1985). El optimismo se ha relacionado a la resiliencia (Fiorentino, 2008) debido a que constituye un mecanismo que amortigua las consecuencias de las situaciones adversas que pasan en la vida.

7. Orientación al logro¹. Consiste en tener metas y aspiraciones en la vida y hacer las cosas para lograrlo. De acuerdo con el reporte de Ungar (2006) realizado con 1500 jóvenes de 14 comunidades de los cinco continentes, el tener metas y aspiraciones en la

¹En el artículo citado abajo donde se trata la estructura factorial del inventario de resiliencia, existía la categoría de orientación a la meta, la cual fue cambiada por orientación al logro para estar más acorde con la literatura existente.

Gaxiola, R.J. C., Frías, A. M., Hurtado A. M. F., Salcido, N. L. C., Figueroa, F. M. (2011). Validación del inventario de resiliencia (IRES) en una población del noroeste de México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16 (1), 73-83.

vida, constituye una de las dimensiones individuales asociadas a la resiliencia, aunque sus niveles varían a través de las culturas.

La combinación aditiva de las dimensiones señaladas es lo que establece la probabilidad que se presente el fenómeno de la resiliencia. Utilizando las bases anteriores, se desarrolló un inventario (el IRES) para medir las disposiciones de la resiliencia (Gaxiola y col., 2011).

Se puede concluir que el fenómeno de la resiliencia tiene su síntesis individual como variable disposicional, por lo cual los denominados factores protectores individuales por la literatura, son los factores o variables que posibilitan la superación de los riesgos durante el desarrollo psicológico humano. Las variables disposicionales actuando en su conjunto, posibilitarán los comportamientos que probabilizan la superación de los riesgos que se presentan. A partir de la noción anterior, se abre la posibilidad de un nuevo entendimiento que evita la confusión entre los factores protectores individuales y las características individuales de la resiliencia, lo que en última instancia pueden agruparse dentro de la categoría de variables disposicionales. Como los efectos de las variables disposicionales se evidencian en indicadores conductuales observados, fácilmente pueden medirse por medio de la observación, o al ser reportados por las personas bajo estudio, dado que constituyen características individuales comunes, cuyos efectos se manifiestan en los comportamientos cotidianos. En síntesis, la capacidad para presentar respuestas adaptativas en el fenómeno de la resiliencia tiene su base en tendencias o disposiciones psicológicas.

Es posible establecer la conclusión de que la resiliencia es el resultado inferido de un proceso donde participan los factores protectores y las disposiciones individuales que posibilitan el comportamiento adaptativo ante las situaciones de riesgo. Para inferir la resiliencia se requerirá entonces, de cuatro elementos básicos:

1. Riesgos detectados en el desarrollo psicológico de las personas.
2. La influencia de factores protectores individuales y/o contextuales.
3. Un conjunto de disposiciones personales aprendidas, que posibilitan comportamientos adaptativos.

4. Tener competencia adaptativa en un área específica del desarrollo, acorde con la edad y con la cultura en la cual se encuentren las personas.

Las respuestas adaptativas que pueda presentar un enfermo crónico-degenerativo, están ligadas a indicadores subjetivos, como el nivel de aspiración, expectativas, necesidades, escala de valores, satisfacciones de condiciones de vida, entre otros (Vinaccia y col., 2006), y por condiciones externas objetivas, como el estado de salud, economía, vivienda, calidad de servicios de salud, redes de apoyo, entre otras (Shwartzmann, 2003; Vinaccia y col., 2006).

Dadas las condiciones de salud que debe enfrentar quien padece de diabetes mellitus o hipertensión arterial, se requiere de un nivel de adaptación que permita al individuo mantener en niveles óptimos su calidad de vida y desarrollo social (Vinaccia y col., 2006). Para esto, es importante que presente distintas estrategias de afrontamiento para poder adaptarse a las distintas áreas en que su padecimiento le puede afectar. Diversas investigaciones, indican que el desarrollarse en un ambiente que ofrezca el sentimiento de confianza es indispensable para una buena calidad de vida, y para un apropiado desarrollo de características resilientes en los individuos (Gardner y col., 2008), por lo tanto las características contextuales donde se desarrollan las personas son fundamentales para la promoción tanto de la calidad de vida como de la resiliencia.

En un volumen especial de la revista *American Psychologist*, los investigadores Seligman y Csikszentmihalyi (2000), explicaron que la resiliencia contribuye a la promoción de la calidad de vida, similares resultados se encontraron en un estudio con pacientes epilépticos (Jacoby y col., 2009). Otras investigaciones señalan una relación inversa, donde la calidad de vida influye en el desarrollo de la resiliencia (Gaxiola y Frías, 2008), por lo tanto se requieren de nuevos estudios que clarifiquen dicha relación.

Para los fines de la presente investigación, y como una primera investigación exploratoria, se medirán únicamente las disposiciones psicológicas relacionadas con la resiliencia y su relación con las variables asociadas a la calidad de vida, dejando para futuras investigaciones, el estudio de alguna de las competencias adaptativas que

complete los indicadores de la resiliencia como pudiera ser, la adhesión al tratamiento de los pacientes crónico-degenerativos.

Justificación

A pesar de la importancia e implicaciones de los conceptos resiliencia, autorregulación y factores protectores en el campo de la salud en México, la investigación sobre estos temas ha sido escasa con respecto a las enfermedades crónico-degenerativas; por lo tanto, la presente investigación pretende explorar las variables personales y contextuales relacionadas con la calidad de vida en los padecimientos crónico-degenerativos.

Dado que el proceso de resiliencia reconoce su mayor impacto en eventos catastróficos sociales, es importante la aportación de las investigaciones sobre resiliencia en el área de los padecimientos como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, tomando en cuenta que las emociones negativas asociadas a dichos padecimientos, posibilitan que los enfermos dejen de hacer las cosas que son benéficas para su salud (por ejemplo su control dietético), y comiencen a actuar en contra del mantenimiento y control de sus estados de salud, lo cual es especialmente preocupante en los enfermos crónico-degenerativos por la gravedad de las complicaciones que acompañan a dichos padecimientos.

Es por esto importante conocer en una primera etapa, las variables asociadas a la calidad de vida de los enfermos crónico-degenerativos con dichos padecimientos, que ayuden a establecer principios generales para su promoción. El resultado de la investigación pretende, entonces, poder contribuir a la mejora de la calidad de vida de dichos pacientes.

Con este trabajo se busca determinar la importancia de integrar conceptos en la investigación que permitan la mejora en la realización de programas preventivos o de rehabilitación de los pacientes que han afrontado un padecimiento crónico-degenerativo, para que con ello se puedan considerar otras variables que fomenten la calidad de vida. A medida que se cuenten con mayores conocimientos acerca de los factores individuales

y ambientales que pueden producir dichos padecimientos, más fácil será su control (Ortiz y col., 2011).

Así mismo, los hallazgos del proyecto pueden generar información básica para sustentar futuras líneas de investigación sobre éstas enfermedades, además de enfocar el abordaje terapéutico en las esferas psicosociales. El presente estudio pretende iniciar una línea de investigación que analice la relación entre la calidad de vida y la resiliencia medida como disposición conductual, que puede tener el potencial de afectar positivamente el enfrentamiento y la superación de los riesgos establecidos al padecer una enfermedad crónico-degenerativa.

Pregunta de Investigación

¿Los factores protectores, la resiliencia y la autorregulación predicen la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial?

Hipótesis

La calidad de vida de los pacientes con las enfermedades crónico-degenerativas de hipertensión arterial y diabetes mellitus, es predicha por los factores protectores, la resiliencia y la autorregulación.