

Afrontamiento religioso y espiritualidad como mediadores entre estrés percibido y resiliencia en adultos con diabetes mellitus tipo 2

Religious coping and spirituality as mediators between perceived stress and resilience in adults with type 2 diabetes mellitus

María Gabriela Ramírez Jiménez^{a,*}, Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes^a,
Ana Olivia Ruíz Martínez^a, Hans Oudhof Van Barneveld^a, Blanca Estela Barcelata Eguiarte^b

^aFacultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México, México

^bFacultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Recibido: 06 de junio de 2022

Aceptado: 25 de julio de 2022

Resumen

Antecedentes: la resiliencia es un recurso psicológico relacionado con mejoras significativas en la salud de personas con diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) y se vincula con el afrontamiento religioso y la espiritualidad y menores índices de estrés.

Objetivos: analizar la relación entre el estrés percibido y la resiliencia, así como los efectos directos e indirectos y totales de espiritualidad y afrontamiento religioso mediante un modelo de mediación hipotetizado en personas con DMT2. **Método:** estudio transversal con un total de 216 participantes, el 41.2% son hombres y el 58.8% mujeres, con rango de edad de 30 a 78 años ($M = 56.63$, $DE = 11.27$). Se utilizó la Escala de Estrés Percibido (PSS-14), Escala de Espiritualidad (SS), Inventario de Estrategias de Afrontamiento Religioso (IEAR) y el Cuestionario de Resiliencia. **Resultados:** el afrontamiento religioso media la relación entre estrés y resiliencia al presentar un efecto indirecto significativo ($\beta = -.05$, $EE = .02$, IC 95% [-.09, -.01]), mientras que la espiritualidad no es un predictor significativo en la asociación ($\beta = .03$, $EE = .03$, IC 95% [-.09, .03]).

Conclusiones: se encuentra evidencia acerca del efecto de mediación que posee la variable afrontamiento religioso entre el estrés percibido y la resiliencia, así como de la relación que mantiene la espiritualidad con la resiliencia en personas con DMT2.

Palabras clave: estrés percibido; espiritualidad; afrontamiento religioso; resiliencia; diabetes mellitus tipo 2.

Abstract

Background: Resilience is a psychological resource related to significant improvements in the health of people with type 2 diabetes mellitus T2DM and is linked to religious coping and spirituality and lower levels of stress. **Objectives:** To analyze the relationship between perceived stress and resilience as well as the direct and indirect and total effects of spirituality and religious coping through a hypothesized mediation model in people with T2DM. **Method:** A cross-sectional study conducted with a total of 216 participants, out of whom 41.2% were men and 58.8% were women in the age range of 30 to 78 years ($M = 56.63$, $SD = 11.27$). The Perceived Stress Scale (PSS-14), the Spirituality Scale (SS), the Religious Coping Strategies Inventory (IEAR) and the Resilience Questionnaire were used. **Results:** Religious coping mediates the relationship between stress and resilience by showing a significant indirect effect ($\beta = -.05$, $SE = .02$, 95% CI [-.09, -.01]), whereas spirituality is not a significant predictor in such relationship ($\beta = .03$, $SE = .03$, 95% CI [-.09, .03]). **Conclusions:** Evidence was found regarding the mediation effect of religious coping between perceived stress and resilience, as well as the relationship between spirituality and resilience in people with T2DM.

Keywords: perceived stress; spirituality; religious coping; resilience; type 2 diabetes mellitus.

Para citar este artículo:

Ramírez, M. G., González-Arratia, N. I., Ruíz, A. O., Oudhof, H., & Barcelata, B. E. (2022). Afrontamiento religioso y espiritualidad como mediadores entre estrés percibido y resiliencia en adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Liberabit*, 28(2), e569. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2022.v28n2.569>

Este es un artículo Open Access publicado bajo la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. (CC-BY 4.0)



Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) es una enfermedad crónica que ocurre debido a la producción insuficiente de insulina y/o a la falta de capacidad del organismo de utilizar eficazmente la que se produce (Organización Mundial de la Salud, 2018). A nivel mundial, el número de personas con diabetes mellitus se ha cuadruplicado en las últimas tres décadas ocupando el lugar número nueve como principal causa de muerte (Jeong, 2021; Khan et al., 2020). En México, la DMT2 es una de las enfermedades de mayor riesgo (Basto-Abreu et al., 2021) y una de las comorbilidades más importantes asociadas a cuadros clínicos graves y muerte por COVID-19 (Yu et al., 2021).

Por otra parte, en las últimas décadas se ha generado evidencia sobre la influencia de la resiliencia tanto en la salud física como en la presencia de enfermedades crónicas (Conway-Phillips et al., 2020; Terrill et al., 2016; Yi et al., 2008). Al respecto, Kasser y Zia (2020) señalan que la resiliencia es una variable mediadora en la calidad de vida en personas con esclerosis múltiple, así como un importante factor que reduce la extensión del infarto al miocardio influyendo en la respuesta inflamatoria (Arrebola-Moreno et al., 2014). Del mismo modo, se destaca que la resiliencia, la independencia, la tenacidad y la perseverancia coadyuvan a la persona afectada en el manejo y el afrontamiento de la enfermedad, lo que incide en el bienestar del individuo en el futuro (Becker & Newson, 2005).

La resiliencia es un concepto complejo que, por un lado, se ha definido como un proceso en el que ocurre la interacción entre diversos factores tanto internos como externos en el individuo, patrones de adaptación y de afrontamiento, que le permiten la adaptación positiva en su entorno (Luthar et al., 2000; Masten, 2001). Por otro lado, se ha definido también como una capacidad que le permite al ser humano enfrentar situaciones de adversidad, resistir e incluso transformarse a partir de la experiencia al sobreponerse a ella y adaptarse positivamente (González, 2016; Grothberg, 1995). Particularmente, en

este estudio se adoptó la postura de González (2016) quien la define como «la capacidad para adaptarse y ajustarse a través de la combinación y/o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos), que lo posibilitan para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva» (p. 31).

La evidencia científica sugiere que la resiliencia es un elemento que, al integrarse a programas de intervención en personas con DMT2, influye en el control de los índices de glucemia en sangre (Kusnanto et al., 2020), así como en la mejora de las capacidades de autocuidado, el manejo de la enfermedad y, en última instancia, los resultados de salud en general (Wilson et al., 2017). En el estudio de Yi et al. (2008) se concluyó que, al cabo de intervención de un año, la resiliencia estuvo asociada a los niveles de hemoglobina glicosilada y a la ocurrencia de conductas de autocuidado ante la presencia de angustia relacionada con la enfermedad.

Se ha constatado que el diagnóstico de DMT2 impone una carga psicológica importante para la persona enferma, la cual puede conducir al desarrollo y presencia de emociones negativas y situaciones estresantes que interfieren en el manejo de la enfermedad (Mishra et al., 2020). En este sentido, existe evidencia con respecto a la influencia que tiene el estrés sobre el riesgo y la aceleración de la enfermedad y sobre la salud en general (Walker et al., 2020).

El estrés se ha considerado como uno de los factores con más claros efectos negativos en la salud que se asocia a diversas enfermedades crónicas, como la enfermedad cardíaca, cáncer y enfermedades relacionadas con la supresión del sistema inmune (Ilchmann-Diounou & Menard, 2020; Oblitas, 2008). El estrés es definido por Lazarus y Folkman (1984) como una relación particular entre el individuo y su entorno, que se valora como una amenaza y va más allá de los recursos que posee el individuo para enfrentarlo, por lo que su bienestar se

pone en riesgo. Por lo tanto, el estrés percibido corresponde al grado en el que las situaciones de la vida se perciben como amenazantes, impredecibles e incontrolables, por lo que se valoran como estresantes (Remor, 2006).

Específicamente, el estudio del estrés en enfermedades crónicas es relevante para los investigadores debido a las consecuencias que este puede presentar en los síntomas de la enfermedad y la falta de control en el individuo (Ilchmann-Diounou & Menard, 2020; Sharma & Singh, 2020). Se ha evidenciado que los niveles de estrés inciden sobre el índice de glucosa en sangre (Mishra et al., 2020; Walker et al., 2020), en consecuencia, se subraya que mantener estos niveles lo más cercano a lo normal, previene y/o retarda la aparición de complicaciones en la persona con DMT2 (Kuniss et al., 2018). Asimismo, se ha documentado que índices altos de estrés percibido y bajos de resiliencia se asocian con mayores riesgos a la salud en personas con DMT2 (Crump et al., 2016; Nikolaus et al., 2021). Se ha hecho hincapié en que el estrés se relaciona con una serie de factores psicológicos, los que a su vez se asocian con la resiliencia, por lo que es plausible suponer que podrían poseer un efecto mediador entre estas dos variables psicológicas. Dos de estos factores son el afrontamiento, específicamente el afrontamiento religioso, y la espiritualidad (Jones et al., 2016; Simpson et al., 2020).

En primera instancia, se considera necesario realizar una distinción entre religión y espiritualidad para efectos de contextualizar el marco teórico del que se parte en el presente estudio. La religión generalmente se ha definido en términos de comportamiento, en donde se incluye la frecuencia y/o participación en actividades y prácticas que encuentran su base en la cultura y la participación social, por ejemplo, la oración y la meditación, la asistencia a servicios, la lectura de textos religiosos y la actuación en rituales (Zinnbauer & Pargament, 2005). Por otra parte, la espiritualidad se entiende como una experiencia emocional individual que incluye sentimientos o experiencias de asombro,

armonía, paz y de conexión con el universo o poder superior, puede estar relacionada con la religión o no (Koenig, 2012).

El afrontamiento religioso se abordó según lo propuesto por Pargament et al. (2004, 2011) y por González-Rivera y Pagán-Torres (2018), considerando tanto creencias (estrategias internas o cognitivas, por ejemplo, la confianza o la búsqueda de consuelo en Dios) como conductas (estrategias externas, por ejemplo, asistir a la iglesia y leer libros religiosos) destinadas a manejar las consecuencias negativas de los eventos desfavorables para el individuo, como puede ser la enfermedad. Por su parte, la espiritualidad se abordó con base en la postura de Delaney (2005) quien la define como un fenómeno multidimensional que se experimenta de forma universal, construido socialmente y que se desarrolla a lo largo de la vida, comprende cuatro dominios: 1) autodescubrimiento, 2) relaciones con otros, 3) conciencia del eco y 4) poder superior/inteligencia universal.

En personas con enfermedades crónicas se ha documentado que, en lo que respecta al papel de las creencias y el afrontamiento religioso, existe una relación positiva con un adecuado ajuste psicológico, optimismo y esperanza reflejada en la elaboración de planes a corto y largo plazo (Eloia et al., 2021), así como niveles más elevados de calidad de vida (Da Silva et al., 2018; Quiceno & Vinaccia, 2013; Sammut et al., 2020). Estudios antecedentes en México con respecto al afrontamiento religioso (Rivera-Ledesma & Montero-López, 2005, 2007) indican que este tipo de estrategia predice en escasa medida el ajuste psicológico evaluado por medio de la soledad y la depresión en adultos mayores. Se ha demostrado que la orientación espiritual está asociada con la salud mental, especialmente en personas que enfrentan eventos estresantes de la vida, como la enfermedad (Bravin et al., 2019; Mashhadi, 2018). Finalmente, es importante señalar que en la literatura se ha hecho énfasis en la asociación negativa que existe entre el estrés percibido y el afrontamiento religioso (Mahamid & Bدير, 2021) y la espiritualidad (Baldacchino et al.,

2012; Salari et al., 2021), y de la relación positiva de estas dos últimas variables con la resiliencia (Becker & Newsom, 2005; Böell et al., 2016) las cuales se han considerado como variables que promueven el bienestar y la calidad de vida del individuo.

Por lo anterior, el objetivo del presente estudio es analizar la relación entre el estrés percibido y la resiliencia, así como los efectos directos e indirectos y totales de afrontamiento religioso y espiritualidad mediante un modelo de mediación hipotetizado. La hipótesis de la que se parte es que tanto el afrontamiento religioso como la espiritualidad son variables mediadoras entre el estrés percibido y la resiliencia en personas adultas con diagnóstico de DMT2 del Estado de México.

Método

Se empleó un diseño no experimental, transversal, correlacional y explicativo.

Participantes

Con un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia (Hernández et al., 2014), participaron un total de 216 personas con diagnóstico de DMT2, el 41.2% ($n = 89$) son hombres y el 58.8% ($n = 127$) mujeres, con rango de edad de 30 a 78 años ($M = 56.63$, $DE = 11.27$), todos residentes del Estado de México. Los criterios de inclusión fueron tener diagnóstico de DMT2, que las condiciones físicas y cognitivas de la persona le permitieran responder y acceder de forma voluntaria a hacerlo, y contar con una edad comprendida entre los 30 a 80 años. Se eliminaron cuatro protocolos con llenado incompleto. El 50.5% ($n = 109$) de los participantes reportaron ser casados, el 24.7% ($n = 53$) divorciados o en separación, el 16.2% ($n = 35$) reportaron ser viudos y el 8.6% ($n = 19$) solteros. En cuanto a la escolaridad, el 28.2% ($n = 61$) reportaron como grado máximo de estudios la educación primaria, el 25% ($n = 54$) la educación secundaria, el 20.4% ($n = 44$) la licenciatura, el 13.4% ($n = 29$) reportó tener una carrera técnica, el 8.8% ($n = 19$) la preparatoria, y el 2.3% ($n = 5$)

posgrado, solo el 1.9% ($n = 4$) es analfabeta. Con respecto a la religión de la muestra, el 91.2% ($n = 197$) eran católicos, mientras que el resto de la muestra se adscribieron a otra religión, como Testigos de Jehová, mormones y cristianos.

Instrumentos

Cuestionario de datos sociodemográficos. Se elaboró un cuestionario que incluyó datos sociodemográficos con información sobre: edad, sexo, estado civil, escolaridad, religión, otro padecimiento además de DMT2, tiempo aproximado del diagnóstico, frecuencia con la que se recibe atención médica, mecanismos para el control de la enfermedad.

Escala de Estrés Percibido (PSS-14). Se usó la versión de Cohen et al. (1983), adaptada a población mexicana por González y Landero (2007), quienes mencionan que utilizan la versión del PSS con 14 reactivos traducido por Remor y Carrobbles (2001). Esta escala evalúa el grado en que una persona percibe como estresantes los eventos de su vida durante el último mes, consta de 14 ítems con opciones de respuesta en escala tipo Likert de 5 puntos, que va de 0 (*nunca*) a 4 (*muy a menudo*), y se divide en dos dimensiones: 1) a favor del control y 2) pérdida de control. Los autores de la versión adaptada reportaron índices de confiabilidad Alfa de Cronbach de .83 en la dimensión de control y .78 en la de pérdida del control, la varianza explicada para el primer factor fue de 42.8% y para el segundo fue de 53.2%. El AFC de la estructura de dos factores presentó un buen ajuste, $\chi^2 = 2.64$, CFI = .916, TLI = .900, RMSEA = .067. En el presente estudio, los índices de confiabilidad Alfa de Cronbach y el coeficiente Omega de McDonald fueron de .850 y .853 en la dimensión a favor del control y de .811 y .814 en pérdida de control. La varianza explicada fue de 24.86% en el primer factor y de 18.64% en el segundo factor. El AFC con el modelo bifactorial mostró valores que indican un buen ajuste de la escala, $\chi^2 = 2.71$, CFI = .942, TLI = .927, RMSEA = .065, similares a los reportados por los autores de la adaptación.

Inventario de Estrategias de Afrontamiento Religioso (IEAR). El IEAR es una escala desarrollada por González-Rivera y Pagán-Torres (2018) que evalúa el grado en que una persona hace uso de estrategias de tipo religioso. Consta de 12 ítems y cuenta con un rango de respuesta en escala tipo Likert de 0 (*nada*) a 4 (*totalmente*). Se divide en dos factores: estrategias internas y estrategias externas. El índice de confiabilidad alfa de Cronbach de la escala global fue de .95, para estrategias internas fue .96 y para las estrategias externas de .92. El AFC con el modelo bifactorial presentó un buen ajuste, $\chi^2 = 162.67$, $p < .001$, con un CFI = .97, TLI = .96 y RMSEA = .08. En este estudio los índices de confiabilidad alfa de Cronbach y el coeficiente omega de McDonald para la escala total fueron de .934 y .936, para estrategias internas fue de .928 y .929 y para estrategias externas fue de .887 y .881. El AFC confirmó la estructura bifactorial de la escala y un buen ajuste con valores de $\chi^2 = 3.311$, CFI = .971, TLI = .959 y de RMSEA = .076.

Escala de Espiritualidad (SS). Para medir la espiritualidad se usó la versión validada en población de Puerto Rico por González et al. (2017) a partir de la escala desarrollada en inglés por Delaney (2005). Esta escala evalúa la dimensión espiritual en la población adulta, se compone de 15 ítems y cuenta con un rango de respuesta en escala tipo Likert de 1 (*fuertemente en desacuerdo*) a 6 (*fuertemente de acuerdo*). Se divide en tres dimensiones: 1) poder superior/inteligencia universal, 2) relaciones con otros y 3) autodescubrimiento. El índice de confiabilidad Alfa de Cronbach para la escala total en la versión adaptada fue de .92, para la dimensión de poder superior fue de .94, para relaciones con otros de .89 y para autodescubrimiento fue de .80. En cuanto a la validez de constructo, se reportó KMO = .91 y la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa. Los autores indican que el AFE mostró un modelo de tres factores con una varianza explicada de 72.87%. En este estudio, los índices de confiabilidad Alfa de Cronbach y el coeficiente Omega de McDonald fueron de .909 y .914 para el puntaje global de la escala, para la dimensión de poder superior fueron de .873 y .877,

para relaciones con otros los valores fueron .755 y .762 y para autodescubrimiento .785 y .793. El AFC confirmó la estructura trifactorial de la escala y un buen ajuste con valores de $\chi^2 = 2.72$, CFI = .948, TLI = .934 y de RMSEA = .065.

Cuestionario de Resiliencia. Este cuestionario fue desarrollado por González (2016) para evaluar el grado de resiliencia del individuo a través de 32 reactivos y con una escala de respuesta tipo Likert con cinco opciones en un rango de 1 (*nunca*) a 5 (*siempre*). El cuestionario consta de tres dimensiones: 1) factores protectores internos, relacionados con las habilidades para la solución de problemas, consta de 14 reactivos; 2) factores protectores externos, se refiere a la posibilidad de contar con el apoyo social de personas significativas para el individuo, consta de 11 reactivos y 3) empatía, se refiere al comportamiento altruista y prosocial, consta de 7 reactivos. El índice de confiabilidad Alfa de Cronbach fue de .92 para el puntaje global, para factores protectores internos fue de .91, para factores protectores externos fue de .74, para empatía fue de .78. La autora señala que los resultados del AFE mostraron una solución de tres factores, se reportó KMO = .90, $p < .001$ y una varianza explicada de 37.82%. En este estudio, los índices de confiabilidad Alfa de Cronbach y el coeficiente Omega de McDonald fueron de .966 y .967 para el puntaje global de la escala, para el primer factor fue de .937 y .938, para el segundo factor los valores fueron de .921 y .923 y para el tercer factor fue de .878 y .878. El AFC del modelo trifactorial de la escala mostró un ajuste moderado con valores ligeramente por debajo de lo sugerido por Byrne (2010), $\chi^2 = 3.50$, CFI = .887, TLI = .873 y de RMSEA = .079.

Procedimiento

Los instrumentos se elaboraron en un formulario de la plataforma Google Forms para su distribución y aplicación de forma electrónica a través de redes sociales como WhatsApp, Facebook y correo electrónico con la finalidad de acceder a la muestra del estudio. Cuando las condiciones dadas por la

emergencia sanitaria por COVID-19 así lo permitieron, se procedió a realizar aplicaciones de forma presencial e individual con el apoyo y uso de las instalaciones de cuatro dependencias gubernamentales de carácter público. Lo anterior siempre obedeciendo a los criterios sanitarios del momento (uso de cubrebocas, careta, gel antibacterial y sanitizante para los bolígrafos que se emplearon). Se informó acerca de los objetivos del estudio y se firmó, o aceptó, el consentimiento informado previo a la participación. Finalmente, se procedió a identificar la muestra final de estudio de acuerdo con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación. Este estudio contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación del Instituto de Estudios sobre la Universidad Autónoma del Estado de México, con registro N.º 2020 P09.

Análisis de datos

Es importante señalar que este estudio forma parte de una investigación más amplia en donde se incorporan otros constructos, como el bienestar psicológico, por lo que los análisis que se realizaron representan un primer acercamiento al entendimiento de las asociaciones entre las variables incluidas en este estudio.

Se realizaron análisis descriptivos de todas las variables de estudio, así como la prueba de normalidad univariada y multivariada, el análisis de correlación a través de la prueba de Pearson y los análisis de regresión. Los análisis estadísticos de mediación se realizaron con la macro PROCESS (Hayes & Preacher, 2014) mediante técnicas *bootstrapping* (modelo 4 y un nivel de confianza del 95%). Los criterios de Baron y Kenny (1986) fueron utilizados para realizar este análisis, utilizando el paquete estadístico para las ciencias sociales IBM-SPSS en su versión 26. Con base en los valores estandarizados de la asimetría y curtosis de las variables de estudio se determinó que no existe normalidad en los datos, según lo sugerido por Tabachnick y Fidell (2013), excepto en afrontamiento religioso y sus dos dimensiones. Sin embargo, se tomó la decisión de proseguir con los análisis sin realizar una

transformación de los datos, puesto que no es lo más recomendable (Moral de la Rubia, 2006).

Resultados

Primeramente, se presentan los estadísticos descriptivos generales de las variables del estudio. La Tabla 1 contiene los valores mínimos y máximos, así como la media y desviación típica para todas las variables del estudio. Se incluyen también los valores de asimetría y curtosis que se utilizaron para determinar la normalidad de los datos (Tabachnick & Fidell, 2013).

Análisis de correlación

En cuanto a los resultados de la prueba de correlación a través de la prueba de Pearson, se observan en su mayor parte correlaciones negativas estadísticamente significativas de baja a moderada entre estrés percibido y afrontamiento religioso, espiritualidad y resiliencia, y cada una de las dimensiones de las tres escalas. Por otra parte, se observan correlaciones positivas estadísticamente significativas entre resiliencia, espiritualidad y afrontamiento religioso, y cada una de las dimensiones de las tres escalas (ver Tabla 2).

Análisis de predicción

Se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple mediante el método por pasos, en el que se incorporó como variable dependiente a la resiliencia y como variables independientes o predictoras al estrés percibido, afrontamiento religioso y espiritualidad. Se obtuvo un modelo de tres pasos, el primero de ellos incorporó la variable espiritualidad ($\beta = .312$; $t = 5.091$; $p < .001$), que explica el 13.9% de la varianza; seguido de la variable estrés percibido ($\beta = -.238$; $t = -3.913$; $p < .001$), que explica el 7.4% de la varianza; y, por último, se incorporó la variable afrontamiento religioso ($\beta = .196$; $t = 3.14$; $p = .002$), que explica el 3.5% de la varianza. En conjunto, estas variables explican el 24.8% de la varianza de la variable resiliencia (ver Tabla 3).

Tabla 1
Estadísticos descriptivos de las variables de estudio

Variable	Mín - Máx	M	DE	Asimetría	Curtosis
Estrés Percibido	1 - 56	18.74	7.01	6.09	12.05
A favor del control	0 - 28	10.82	4.19	6.71	9.22
Pérdida de control	0 - 28	7.91	3.69	3.53	9.97
Espiritualidad	40 - 89	71.13	10.14	-6.38	2.75
Poder superior/Inteligencia universal	6 - 36	27.81	5.63	-7.51	5.78
Relaciones con otros	16 - 24	21.19	2.10	-3.93	-83
Autodescubrimiento	10 - 29	22.12	3.57	-5.54	3.73
Afrontamiento Religioso	1 - 48	25.46	10.60	-.99	-2.41
Estrategias internas	1 - 24	15.34	5.83	-2.65	-2.53
Estrategias externas	0 - 24	10.12	5.70	1.80	-1.82
Resiliencia	64 - 157	126.65	20.91	-6.62	1.94
Factores protectores internos	28 - 70	55.78	9.43	-6.67	1.83
Factores protectores externos	22 - 55	43.65	7.57	-5.84	1.47
Empatía	13 - 35	27.20	5.38	-5.51	-.37

Tabla 2
Correlaciones entre las variables de estudio

Escala/Dimensión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Estrés percibido	-													
A favor del control	.90**	-												
Pérdida de control	.87**	.58**	-											
Resiliencia	-.29**	-.25**	-.29**	-										
Factor protector interno	-.27**	-.23**	-.25**	.95**	-									
Factor protector externo	-.31**	-.24**	-.31**	.94**	.84**	-								
Empatía	-.23**	-.18**	-.24**	.88**	.75**	.79**	-							
Afrontamiento religioso	-.19**	-.26**	-.06	.31**	.32**	.28**	.26**	-						
Estrategias internas	-.16**	-.22**	-.05	.38**	.37**	.35**	.34**	.92**	-					
Estrategias externas	-.19**	-.26**	-.07	.18**	.21**	.15*	.14*	.91**	.69**	-				
Espiritualidad	-.07	-.10	-.01	.37**	.35**	.36**	.32**	.23**	.32**	.10	-			
Poder superior														
Inteligencia universal	-.05	-.12	.04	.30**	.28**	.29**	.28**	.27**	.35**	.14*	.93**	-		
Relaciones con otros	-.11	-.11	-.09	.37**	.36**	.36**	.29**	.15*	.21**	.06	.79**	.62**	-	
Autodescubrimiento	-.05	-.03	-.05	.35**	.32**	.35**	.29**	.14*	.22**	.02	.89**	.71**	.67**	-

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$

1 = estrés percibido; 2 = a favor del control; 3 = pérdida de control; 4 = resiliencia; 5 = factor protector interno; 6 = factor protector externo; 7 = empatía; 8 = afrontamiento religioso; 9 = estrategias internas; 10 = estrategias externas; 11 = espiritualidad; 12 = poder superior/inteligencia universal; 13 = relaciones con otros; 14 = autodescubrimiento.

Tabla 3

Análisis de predicción de la resiliencia a partir del estrés percibido, afrontamiento religioso y espiritualidad

Variables/Modelo	β	Error	β cuadrado	<i>t</i>	<i>p</i>
1. Estrés percibido	-.709	.181	-.238	-3.913	<.001
2. Afrontamiento religioso	.386	.123	.196	3.140	.002
3. Espiritualidad	.642	.126	.312	5.091	<.001

Nota. $R^2 = .248$; $p < .01$; $F = 23.342$

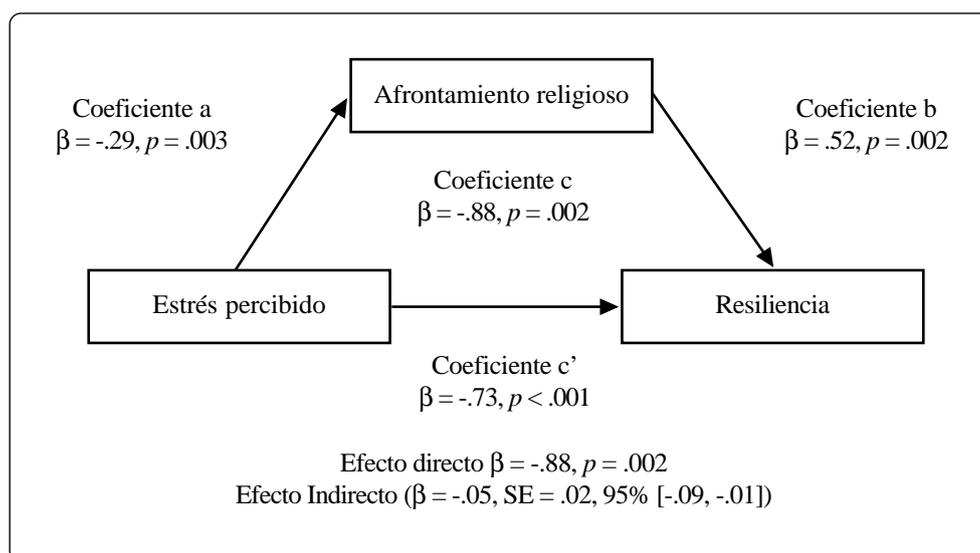
Análisis de mediación

Para realizar el análisis de mediación se ha de considerar de manera previa la relación existente entre las variables que se pretenden poner a prueba (Frazier et al., 2004). En este caso, la correlación entre el estrés y las variables afrontamiento religioso, espiritualidad y resiliencia presentaron una correlación negativa y estadísticamente significativa, por lo que se procedió a realizar el análisis con base en los lineamientos de Hayes y Preacher (2014); primeramente, con la variable afrontamiento religioso y, posteriormente, con la variable espiritualidad.

En la Figura 1 se presentan los resultados del modelo de mediación donde la variable afrontamiento religioso tiene el rol de mediadora. Se observa que el efecto indirecto del estrés percibido sobre la resiliencia es negativo y estadísticamente significativo ($\beta = -.073$; $p < .001$). Se observa también que la relación entre estrés percibido y afrontamiento religioso es negativa estadísticamente significativa ($\beta = -.29$; $p = .003$), y entre afrontamiento religioso y resiliencia la relación es positiva y estadísticamente significativa ($\beta = .52$; $p = .002$). Los parámetros generales del modelo indican que la variable afrontamiento religioso muestra un efecto mediador en la relación entre estrés percibido y resiliencia ($\beta = -.05$; $EE = .02$; 95% [-.09, -.01]).

Figura 1

Valores estandarizados del modelo hipotético de mediación entre estrés percibido y resiliencia a través de afrontamiento religioso en personas con diagnóstico de DMT2

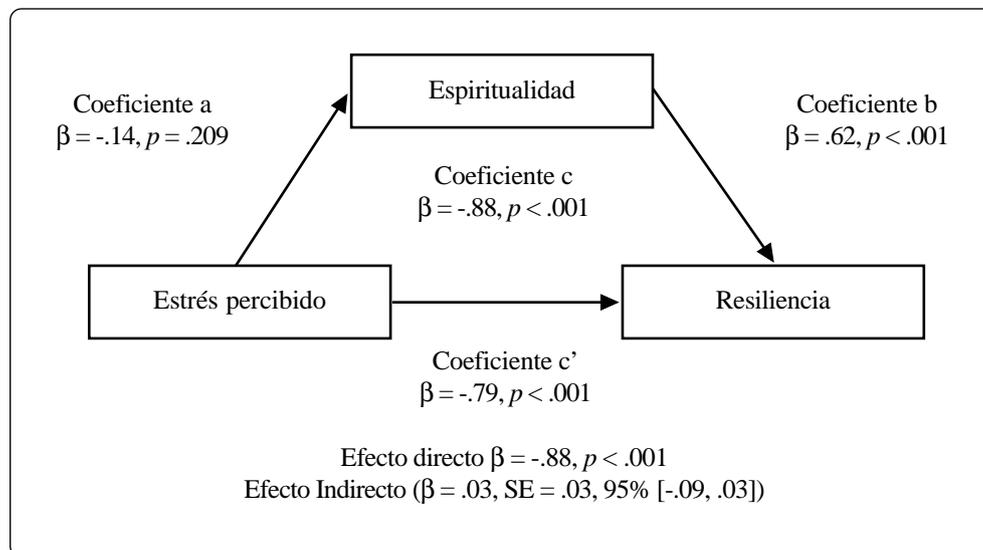


En lo que respecta al modelo de mediación a través de la variable espiritualidad, resultados que se presentan en la Figura 2, se observa que el efecto indirecto del estrés percibido sobre la resiliencia es negativo y estadísticamente significativo ($\beta = -.079$; $p < .001$). Se muestra también que la relación entre estrés percibido y espiritualidad es negativa; sin embargo, este valor no es estadísticamente

significativo ($\beta = -.14$; $p = .209$) y entre espiritualidad y resiliencia la relación es positiva y estadísticamente significativa ($\beta = .62$; $p < .001$). Los parámetros generales del modelo señalan que la variable espiritualidad no tiene un efecto mediador en la relación entre estrés percibido y resiliencia ($\beta = -.03$; $EE = .03$; 95% [-.09, .03]).

Figura 2

Valores estandarizados del modelo hipotético de mediación entre estrés percibido y resiliencia a través de espiritualidad en personas con diagnóstico de DMT2



Discusión

El objetivo de la presente investigación propuso la evaluación de dos modelos teóricos de mediación de forma independiente, primero a través del afrontamiento religioso y, en segundo lugar, a través de la espiritualidad, entre el estrés percibido y la resiliencia en personas adultas con diagnóstico de DMT2 del Estado de México. Lo anterior condujo a analizar la interacción entre las variables de estudio, así como los efectos directos, indirectos e indirectos de los modelos hipotetizados. Los datos sociodemográficos indican que se trató de una muestra heterogénea en lo que respecta al estado civil y la escolaridad; sin embargo, en cuanto a la religión, la

mayor parte de la muestra se adscribe al catolicismo. Esto último es un indicador que refleja que más de 106 millones de mexicanos declararon profesar alguna religión, en una población de 120 millones de personas, con 90 millones profesando la religión católica (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020). A partir de esto, es de esperarse que la religión tenga un papel importante en la vida de las personas, sin embargo, es necesario analizar detenidamente si la influencia de la religión en la vida de las personas se traduce en un beneficio como lo señaló Rivera-Ledesma y Montero-López (2005). Dado que la mayor proporción de participantes se adscribieron a la religión católica, no se consideró pertinente realizar análisis diferenciados con base en la religión.

En el análisis de correlación entre las variables de este estudio, los resultados observados son coherentes con lo que señala la literatura en cuanto a la relación negativa y estadísticamente significativa que mantiene el estrés percibido con el afrontamiento religioso (Mahamid & Bdier, 2021), la espiritualidad (Baldacchino et al., 2012; Salari et al., 2021) y la resiliencia (Crump et al., 2016; Nikolaus et al., 2021); por lo que se desprende que a menor nivel de estrés percibido, mayores índices de espiritualidad, de afrontamiento religioso y de resiliencia. En personas con enfermedades crónicas, la participación religiosa y espiritual, como orar o asistir a servicios religiosos en el manejo de eventos estresantes, puede disminuir la magnitud de cómo se perciben tales eventos (Mahamid & Bdier, 2021), por lo que es congruente asumir que el afrontamiento religioso y la espiritualidad inciden sobre el estrés.

En otros hallazgos, el modelo de regresión lineal múltiple permitió observar que la espiritualidad fue la variable que explicó el mayor porcentaje de varianza de la resiliencia. A este respecto, se ha señalado previamente que la espiritualidad puede movilizar los recursos internos y externos de la persona para hacer frente a los eventos estresantes de la vida, a su vez contribuye al incremento de la resiliencia y del bienestar (Pham et al., 2020). En estudios previos, se reconoció a la espiritualidad, experiencia de trascendencia y asombro, como una fuente de fortaleza y consuelo para la persona enferma (Fombuena et al., 2016) que predijo la resiliencia y la satisfacción con la vida.

En cuanto a los resultados obtenidos de mediación, se puede señalar que el afrontamiento religioso ha resultado con un valor de mediación que sugiere que las personas en condición de enfermedad tienen la posibilidad de incrementar, de forma moderada, su nivel de resiliencia a partir de este recurso. Estos resultados se orientan de manera congruente con estudios previos en los que se ha destacado el afrontamiento religioso como un recurso a favor de la resiliencia y del mantenimiento de la salud en

personas con enfermedad crónica (Becker & Newsom, 2005; Böell et al., 2016). En México aún no se ha explorado lo suficiente esta asociación; sin embargo, los estudios realizados por Rivera-Ledesma y Montero-López (2005, 2007), en contraste con lo observado en la presente investigación, documentaron una escasa asociación y predicción mediante la convicción espiritual, que comprendía el afrontamiento religioso, del ajuste psicológico en adultos mayores. Si bien es cierto que los valores de mediación del afrontamiento religioso han resultado de bajos a moderados (Hayes & Preacher, 2014), estos apuntan a generar evidencia del papel del afrontamiento religioso entre el estrés percibido y la resiliencia en personas con DMT2. Este recurso funciona a través de diversos mecanismos que coadyuvan a las personas a enfrentarse a situaciones estresantes, entre los que se han señalado cogniciones o creencias arraigadas que dan sentido a las circunstancias difíciles de la vida y brindan un sentido de propósito (Koenig, 2012) y que se han vinculado a su vez con la resiliencia (Gerson, 2018).

En lo que respecta al modelo de mediación propuesto a través de la espiritualidad, los resultados obtenidos indican que no hay evidencia de un valor de mediación en la relación entre el estrés percibido y la resiliencia. Si bien, el valor del efecto directo entre estrés percibido y resiliencia es negativo y estadísticamente significativo, la influencia de la variable espiritualidad sobre la resiliencia no alcanza un valor significativo en el modelo de mediación (Hayes & Preacher, 2014), por lo que puede asumirse que la resiliencia en las personas con DMT2 que participaron en este estudio no se vería incrementada debido a la espiritualidad. Sin embargo, en el modelo propuesto, la espiritualidad mantiene una correlación positiva y estadísticamente significativa con la resiliencia, similar a lo reportado por Mashhadi (2018) y Jones et al. (2016) quienes hicieron énfasis en el papel y utilidad de la espiritualidad en programas de intervención que incorporaron las creencias espirituales de las personas con enfermedad crónica. La oración, la meditación y la conexión con otros y con un poder superior o

trascendente, representan rituales espirituales que, según Koenig (2012) y Pham et al. (2020), dotan de significado y propósito para fortalecer su sentido de sí mismos que a su vez facultan a la persona con enfermedad crónica a vivir con cierto nivel de bienestar. Por todo lo anterior, sería necesario analizar posibles factores que influyen en la relación entre estas variables, como la edad y el grado de escolaridad (Chen et al., 2021), ya que la espiritualidad se ha vinculado de forma reiterada con la resiliencia (Gerson, 2018; Pham et al., 2020; Quiceno & Vinaccia, 2013).

En general, se desprende que la religión y la espiritualidad no necesariamente corresponden al mismo fenómeno, sin embargo, las creencias religiosas y espirituales poseen el potencial de influir en la evaluación cognitiva de los eventos negativos de la vida de una manera que los hace menos angustiados (Koenig, 2012). El estudio del afrontamiento religioso y la espiritualidad, vinculados con variables como el estrés percibido y la resiliencia aún es escaso en México y más aún en población con enfermedad crónica, por lo que existen diversas áreas de oportunidad. En el caso de esta investigación se realizó en población con DMT2, sin embargo, se deben señalar algunas limitaciones del estudio. La DMT2 es una enfermedad que puede presentarse a lo largo de la vida adulta, lo cual se evidencia en el amplio rango de edad de la muestra de estudio, por lo que no haber analizado la edad o el tiempo de diagnóstico de la persona es una limitación importante. La literatura ha señalado que existe relación entre la edad de la persona y el uso de estrategias de afrontamiento de tipo religioso y espiritual en personas que sobrevivieron al cáncer (Hvidt et al., 2019) y enfermedad renal crónica (Nair et al., 2021). Por lo anterior, existe la posibilidad de que la edad y la situación específica de la enfermedad (e.g., tiempo de padecimiento) estén influyendo en el desarrollo de estrategias que permiten a las personas con DMT2 mantener cierto nivel de adaptación, resiliencia y bienestar en general. Asimismo, el afrontamiento religioso se ha asociado con personas que mantienen un vínculo marital, unión libre o casados (Fincham et al., 2018), por lo que el

análisis a partir de la edad, tiempo de enfermedad y estado civil resulta relevante para una mayor comprensión. En segundo lugar, la recolección de los datos se realizó a partir de septiembre de 2020 y concluyó en agosto de 2021, en tiempo de pandemia, por lo que habría que considerar también la influencia de la crisis sanitaria en la forma de afrontar las situaciones estresantes en las personas que participaron en este estudio. Al respecto, Sen et al. (2022) señalaron que los niveles más altos de afrontamiento religioso y espiritualidad se asociaron con niveles más bajos de estrés y niveles más altos de afrontamiento positivo, entendido como factor protector en el proceso de resiliencia en cuidadores durante la pandemia. Es así que los autores sugirieron que el afrontamiento religioso y espiritualidad promueven la salud mental a través de un conjunto de creencias autorreferenciales sobre el manejo de adversidades, como bien puede ser la pandemia o la enfermedad. Un elemento importante a considerar es la evaluación del afrontamiento religioso negativo que se ha vinculado con niveles elevados de estrés y bajos niveles de bienestar en la persona (Pargament et al., 2011), ya que en la presente investigación solo se evaluó la medida en que la persona con DMT2 hace uso de las estrategias internas y externas de este tipo de afrontamiento y no si el afrontamiento es adaptativo (positivo) o no adaptativo (negativo). En tercer lugar, la imposibilidad de contar con el uso de marcadores biológicos, como un referente objetivo de la condición de salud de los participantes representó una restricción importante, dadas las condiciones sociales y sanitarias del momento. Con respecto al uso de pruebas paramétricas, aun cuando los datos no presentaron una distribución normal, se tomó la decisión de proseguir con los análisis considerando lo que señala Moral de la Rubia (2006), quien sostiene que la no normalidad, al no ser severa, permitiría utilizarlas.

En conclusión, este estudio ha proporcionado evidencia acerca del efecto de mediación que posee la variable afrontamiento religioso entre el estrés percibido y la resiliencia, así como de la relación que mantiene la espiritualidad con la resiliencia en

personas con DMT2. La evidencia generada puede representar una alternativa en el establecimiento de programas de tratamiento e intervención en personas con DMT2 impactando en el bienestar y la calidad de vida. Es necesario realizar un mayor análisis, posiblemente mediante ecuaciones estructurales, que permita examinar estas variables en conjunto para un mejor entendimiento de su interacción, esto desde un referente contextual y cultural, en grupos de población más amplios y específicos.

Conflicto de intereses

Los autores del presente documento declaran que no existió conflicto de intereses de ninguna índole entre las partes involucradas.

Responsabilidad ética

En este estudio no se realizaron experimentos con personas ni animales. Se apega al Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009) y la declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013) en cuanto al uso y confidencialidad de los datos. Los datos de los participantes se obtuvieron previo consentimiento informado y no aparece información personal de los mismos. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto de Estudios sobre la Universidad de la Universidad Autónoma del Estado de México, con registro N.º 2020 P09.

Agradecimientos

Los autores de este escrito agradecemos el apoyo financiero del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México para la realización de esta investigación.

Contribución de autoría

MGRJ: diseño del estudio, análisis y procesamiento de los datos, redacción de introducción, resultados y discusión.

NIGL: diseño del estudio, análisis y procesamiento de los datos, redacción de introducción, resultados y discusión.

AORM: análisis y procesamiento de los datos, configuración de tablas y figuras.

HOB: análisis y procesamiento de los datos, configuración de tablas y figuras, revisión general del documento en formato APA 7ma. edición.

BEBE: análisis y procesamiento de los datos, revisión general del documento en formato APA 7ma. edición.

Referencias

- Arrebola-Moreno, A., García-Retamero, R., Catena, A., Marfil-Álvarez, R., Melgares-Moreno, R., & Ramírez-Hernández, J. (2014). On the Protective Effect of Resilience in Patients with Acute Coronary Syndrome. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 14*(2), 111-119. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(14\)70044-4](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70044-4)
- Asociación Médica Mundial. (2017, 21 de marzo). *Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Baldacchino, D., Borg, J., Muscat, C., & Sturgeon, C. (2012). Psychology and Theology Meet: Illness Appraisal and Spiritual Coping. *Western Journal of Nursing Research, 34*(6), 818-847. <https://doi.org/10.1177/0193945912441265>
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1173-1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Basto-Abreu, A., López-Olmedo, N., Rojas-Martínez, R., Aguilar-Salinas, C., De la Cruz-Góngora, V., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Romero-Martínez, M., Barquera, S., Villalpando, S., & Barrientos-Gutiérrez, T.

- (2021). Prevalence of Diabetes and Glycemic Control in Mexico: National Results from 2018 and 2020. *Salud Pública De México*, 63(6), 725-733. <https://doi.org/10.21149/12842>
- Becker, G., & Newsom, E. (2005). Resilience in the Face of Serious Illness Among Chronically ill African Americans in Later Life. *The Journals of Gerontology, Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(4), 214-223. <https://doi.org/10.1093/geronb/60.4.s214>
- Böell, J., Da Silva, D., & Hegadoren, K. (2016). Sociodemographic Factors and Health Conditions Associated with the Resilience of People with Chronic Diseases: A Cross Sectional Study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2786. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1205.2786>
- Bravin, A., Trettene, A., De Andrade, L., & Popim, R. (2019). Benefits of Spirituality and/or Religiosity in Patients with Chronic Kidney Disease: An Integrative Review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 541-551. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0051>
- Chen, Z., Jiang, Y., Chen, M., Baiyila, N., & Nan, J. (2021). Resilience as a Mediator of the Association between Spirituality and Self-Management among Older People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Healthcare*, 9(12), 1631. <https://doi.org/10.3390/healthcare9121631>
- Cohen, S., Kamarak, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Conway-Phillips, R., Dagadu, H., Motley, D., Shawahin, L., Janusek, L., Klonowski, S., & Saban, K. L. (2020). Qualitative Evidence for Resilience, Stress, and Ethnicity (RiSE): A Program to Address Race-Based Stress among Black Women at Risk for Cardiovascular Disease. *Complementary Therapies in Medicine*, 48(1), 102277. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.102277>
- Crump, C., Sundquist, J., Winkleby, M. A., & Sundquist, K. (2016). Stress Resilience and Subsequent Risk of Type 2 Diabetes in 1.5 million Young Men. *Diabetologia*, 59, 728-733. <https://doi.org/10.1007/s00125-015-3846-7>
- Da Silva, G., Nascimento, F., Macêdo, T., Morano, M., Mesquita, R., & Pereira, E. (2018). Religious Coping and Religiosity in Patients with COPD Following Pulmonary Rehabilitation. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 13, 175-181. <https://doi.org/10.2147/COPD.S146400>
- Delaney, C. (2005). The Spirituality Scale: Development and Psychometric Testing of a Holistic Instrument to Assess the Human Spiritual Dimension. *Journal of Holistic Nursing*, 23(2), 145-171. <https://doi.org/10.1177/0898010105276180>
- Eloia, S., Ximenes, M., Eloia, S. C., Neto, N., Barros, L., & Caetano, J. (2021). Religious Coping and Hope in Chronic Kidney Disease: A Randomized Controlled Trial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, e20200368. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0368>
- Fincham, F., Seibert, G., May, R., Wilson, C., & Lister, Z. (2018). Religious Coping and Glycemic Control in Couples with Type 2 Diabetes. *Journal of Marital and Family Therapy*, 44(1), 138-149. <https://doi.org/10.1111/jmft.12241>
- Fombuena, M., Galiana, L., Barreto, P., Oliver, A., Pascual, A., & Soto-Rubio, A. (2016). Spirituality in Patients with Advanced Illness: The Role of Symptom Control. *Journal of Health Psychology*, 21(12), 2765-2774. <https://doi.org/10.1177/1359105315586213>
- Frazier, P., Tix, A., & Barron, K. (2004). Testing Moderator and Mediator Effects in Counseling Psychology Research. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 115-134. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.115>
- Gerson, M. W. (2018). Spirituality, Social Support, Pride, and Contentment as Differential Predictors of Resilience and Life Satisfaction in Emerging Adulthood. *Psychology*, 9(3), 485-517. <https://doi.org/10.4236/psych.2018.93030>
- González, N. I. (2016). *Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes. Cómo desarrollarse en tiempos de crisis* (2.ª ed.). Universidad Autónoma del Estado de México.
- González, M., & Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199-206.
- González-Rivera, J., & Pagán-Torres, O. (2018). Desarrollo y validación de un instrumento para medir estrategias de afrontamiento religioso. *Evaluar*, 18(1), 70-86. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar>

- González-Rivera, J., Quintero-Jiménez, N., Veray-Alicea, J., & Rosario-Rodríguez, A. (2017). Adaptación y validación de la Escala de Espiritualidad de Delaney en una muestra de adultos puertorriqueños. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 296-320.
- Grotberg, E. (1995). *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit. The International Resilience Project*. Bernard Van Leer Foundation. <http://bibalex.org/baifa/Attachment/Documents/115519.pdf>
- Hayes, A., & Preacher, K. (2014). Statal Mediation Analysis with a Multicategorical Independent Variable. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 67(3), 451-470. <https://doi.org/10.1111/bmsp.12028>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6.^a ed.). McGraw Hill. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hvidt, N., Mikkelsen, T., Zwisler, A., Tofte, J., & Hvidt, E. (2019). Spiritual, Religious, and Existential Concerns of Cancer Survivors in a Secular Country with Focus on Age, Gender, and Emotional Challenges. *Supportive Care in Cancer*, 27(12), 4713-4721. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04775-4>
- Ilchmann-Diounou, H., & Menard, S. (2020). Psychological Stress, Intestinal Barrier Dysfunctions, and Autoimmune Disorders: An Overview. *Frontiers in Immunology*, 11, 1823. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.01823>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Censo Nacional de Población y Vivienda. México, 2020*. <https://www.inegi.org.mx/>
- Jeong, M. (2021). Factors Associated with Depressive Symptoms in Korean Adults with Diabetes Mellitus: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*, 9(8), 1049. <https://doi.org/10.3390/healthcare9081049>
- Jones, K., Simpson, G., Briggs, L., & Dorsett, P. (2016). Does Spirituality Facilitate Adjustment and Resilience among Individuals and Families After SCI? *Disability and Rehabilitation*, 38(10), 921-935. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1066884>
- Kasser, S., & Zia, A. (2020). Mediating Role of Resilience on Quality of Life in Individuals with Multiple Sclerosis: A Structural Equation Modeling Approach. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 101(7), 1152-1161. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.02.010>
- Khan, M., Hashim, M., King, J., Govender, R., Mustafa, H., & Al Kaabi, J. (2020). Epidemiology of Type 2 Diabetes-Global Burden of Disease and Forecasted Trends. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 10(1), 107-111. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.191028.001>
- Kuniss, N., Müller, U., Kloos, C., Wolf, G., & Kramer, G. (2018). Reduction of HbA1c and Diabetes-Related Distress after Intervention in a Diabetes Day Care Clinic in People with Type 2 Diabetes but not with Type 1 Diabetes. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*, 126(4), 242-248. <https://doi.org/10.1055/s-0043-112862>
- Kusnanto, K., Arifin, H., & Widyawati, I. (2020). A Qualitative Study Exploring Diabetes Resilience among Adults with Regulated Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(6), 1681-1687. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.08.035>
- Koenig, H. G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *International Scholarly Research Notices*, 2012. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company
- Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71(3), 543-562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Mahamid, F., & Bdier, D. (2021). The Association Between Positive Religious Coping, Perceived Stress, and Depressive Symptoms During the Spread of Coronavirus (COVID-19) Among a Sample of Adults in Palestine: Across Sectional Study. *Journal of Religion and Health*, 60(1), 34-49. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01121-5>
- Mashhadi, H. (2018). The Role of Mediator's Spirituality in Relationship Between Resilience and the Quality of Life in Patients with Type II Diabetes. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, 5(3), 34-39. <https://doi.org/10.22037/ijabs.v5i3.21808>

- Masten, A. (2001). Ordinary Magic: Resilience Processes in Development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>
- Mishra, A., Podder, V., Modgil, S., Khosla, R., Anand, A., Nagarathna, R., Malhotra, R., & Nagendra, H. (2020). Higher Perceived Stress and Poor Glycemic Changes in Prediabetics and Diabetics Among Indian Population. *Journal of Medicine and Life*, 13(2), 132-137. <https://doi.org/10.25122/jml-2019-0055>
- Moral de la Rubia, J. (2006). Análisis factorial y su aplicación al desarrollo de escalas. En R. Landero, & M. González (Eds.), *Estadística con SPSS y metodología de la investigación* (pp. 387-437). Trillas.
- Nair, D., Bonnet, K., Wild, M., Umeukeje, E., Fissell, R., Faulkner, M., Bahri, N., Bruce, M., Schlundt, D., Wallston, K., & Cavanaugh, K. (2021). Psychological Adaptation to Serious Illness: A Qualitative Study of Culturally Diverse Patients with Advanced Chronic Kidney Disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(1), 32-41. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.07.014>
- Nikolaus, C., Sinclair, K., Buchwald, D., & Suchy-Dacey, A. (2021). Association of Stress and Resilience with Cardiometabolic Health Among American Indian and Alaska Native Adults. *Preventive Medicine Reports*, 24. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2021.101517>
- Oblitas, L. (2008). Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Avances en Psicología*, 16(1), 9-38.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Enfermedades no transmisibles. Nota descriptiva*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Pargament, K., Feuille, M., & Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping. *Religions*, 2(1), 51-76. <https://doi.org/10.3390/rel2010051>
- Pargament, K., Koenig, H., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2004). Religious Coping Methods as Predictors of Psychological, Physical, and Spiritual Outcomes Among Medically Ill Elderly Patients: A Two-Year Longitudinal Study. *Journal of Health Psychology*, 9(6), 713-730. <https://doi.org/10.1177/1359105304045366>
- Pham, T. V., Beasley, C. M., Gagliardi, J. P., Koenig, H. G., & Stanifer, J. W. (2020). Spirituality, Coping, and Resilience Among Rural Residents Living with Chronic Kidney Disease. *Journal of Religion and Health*, 59(6), 2951-2968. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00892-w>
- Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2013). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencia y afrontamiento espiritual religioso y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 591-619.
- Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93.
- Remor, E., & Carrobes, J. A. (2001). Versión española de la escala de estrés percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 195-201.
- Rivera-Ledesma, A., & Montero-López, M. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 28(6), 51-58.
- Rivera-Ledesma, A., & Montero-López, M. (2007). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 30(1), 39-47.
- Salari, N., Kazeminia, M., Abdi, A., Abdolmaleki, A., Abdoli, N., Mohammadi, M., & Shohaimi, M. (2021). Effects of Counselling and Spiritual Care Program on Anxiety in Patients with Chronic Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02263-9>
- Sammut, R., Azzopardi, C., & Camilleri, L. (2020). Spiritual Coping Strategies and Quality of Life in Older Adults who Have Sustained a Hip Fracture: A Cross-Sectional Survey. *Nursing Open*, 8(2), 572-581. <https://doi.org/10.1002/nop2.662>
- Sen, H., Colucci, L., & Browne, D. T. (2022). Keeping the Faith: Religion, Positive Coping, and Mental Health of Caregivers During COVID-19. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.805019>
- Simpson, G., Anderson, M., Jones, K., Genders, M., & Gopinath, B. (2020). Do Spirituality, Resilience and Hope Mediate Outcomes Among Family Caregivers After Traumatic Brain Injury or Spinal Cord Injury? A Structural Equation Modelling Approach.

- NeuroRehabilitation*, 46(1), 3-15. <https://doi.org/10.3233/NRE-192945>
- Sharma, V., & Singh, T. (2020). Chronic Stress and Diabetes Mellitus: Interwoven Pathologies. *Current Diabetes Reviews*, 16(6), 546-556. <https://doi.org/10.2174/1573399815666191111152248>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2009). *Código ético del psicólogo*. Trillas
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2013). *Using Multivariate Statistics*. Pearson
- Terrill, A., Molton, I., Ehde, D., Amtmann, D., Bombardier, C., Smith, A., & Jensen, M. (2016). Resilience, Age, and Perceived Symptoms in Persons with Long-Term Physical Disabilities. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 640-649. <https://doi.org/10.1177/1359105314532973>
- Walker, R., Garacci, E., Campbell, J., & Egede, L. E. (2020). The Influence of Daily Stress on Glycemic Control and Mortality in Adults with Diabetes. *Journal of Behavioral Medicine*, 43(5), 723-731. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00109-1>
- Wilson, A., McNaughton, D., Meyer, S., & Ward, P. (2017). Understanding the Links Between Resilience and Type-2 Diabetes Self-Management: A Qualitative Study in South Australia. *Archives of Public Health*, 75(56), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13690-017-0222-8>
- Yi, J., Vitalino, P., Smith, R., Yi, J., & Weinger, K. (2008). The Role of Resilience on Psychological Adjustment and Physical Health in Patients with Diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 13(2), 311-325. <https://doi.org/10.1348/135910707X186994>
- Yu, B., Li, C., Sun, Y., & Wang, D. W. (2021). Insulin Treatment is Associated with Increased Mortality in Patients with COVID-19 and Type 2 Diabetes. *Cell Metabolism*, 33(1), 65-77. <https://doi.org/10.1016/j.cmet.2020.11.014>
- Zinnbauer, B. J., & Pargament, K. I. (2005). Religiousness and Spirituality. En R. F. Paloutzian, & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 21-42). The Guilford Press.

María Gabriela Ramírez Jiménez

Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma de Zacatecas. Maestría en Psicología por la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Estudiante de Doctorado en Psicología en la Facultad de Ciencias de la Conducta (FaCiCo) de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMex).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1017-834X>

Autora corresponsal: mramirezj006@alumno.uaemex.mx

Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes

Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Profesora Investigadora de tiempo completo, Doctora en Investigación Psicológica por la Universidad Iberoamericana. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel 1, perfil PRODEP y líder del Cuerpo Académico Consolidado Cultura y Personalidad. Autora de diversos libros y artículos a nivel nacional e internacional. Coordinadora de Estudios Avanzados de la FaCiCo UAEMex desde febrero de 2019.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0497-119X>

nigonzalezarratia@uaemex.mx

Ana Olivia Ruíz Martínez

Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Profesora Investigadora de tiempo completo, Doctora en Psicología con orientación en psicología y salud por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel 1. Perfil PRODEP e integrante del Cuerpo Académico de «Cultura y Personalidad» de la FaCiCo UAEMex. Autora de libros y artículos a nivel nacional e internacional.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9286-5946>

aoruizm@uaemex.mx

Hans Oudhof van Barneveld

Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Profesor Investigador de tiempo completo, Doctor en Ciencias Psicológicas, Pedagógicas y Sociológicas por la Universidad de Groningen, Holanda. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel 1. Perfil PRODEP y líder del cuerpo académico «Socialización, juventud y estilos de crianza» de la FaCiCo UAEMex. Autor y coautor de artículos en revistas indexadas nacionales e internacionales y es autor de diversos libros y capítulos de libro.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1265-3052>

bjoudhofv@uaemex.mx

Blanca Estela Barcelata Eguiarte

Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Profesora de tiempo completo, Doctora en Psicología y Salud por la Facultad de Psicología, UNAM. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel 1. Perfil PRODEP y responsable de la Línea de Investigación «Salud, Adolescencia y Familia» de la División de Investigación de la Facultad de Estudios Superiores (FES), Zaragoza. Autora y coautora de artículos en revistas indizadas, capítulos de libros y editora de libros de la UNAM, Campus FES Zaragoza y Facultad de Psicología.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0122-372X>

bareg7@comunidad.unam.mx