

Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Tesis de grado



**Autoestima y Resiliencia en personas con VIH/SIDA que residen
en el Área Metropolitana de Buenos Aires**

Alumno: Giglio, Tomás Manuel

Título a obtener: Licenciatura en Psicología

Carrera: Psicología

Mail de contacto: tomasgiglio22@gmail.com

Fecha de entrega: 02/02/26

Tutor: Chapuis, Valeria Natalia

Índice

Índice.....	2
Resumen.....	3
Abstract.....	4
Introducción	5
Método	13
Diseño	13
Muestra.....	14
Instrumentos	14
<i>Cuestionario sociodemográfico ad-hoc.....</i>	<i>14</i>
<i>Inventario de autoestima de Rosenberg</i>	<i>14</i>
<i>Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)</i>	<i>15</i>
Procedimiento	16
Análisis de datos	17
Resultados	17
Discusión	22
Conclusión	26
Referencias.....	28
Anexos	33
Cuestionarios	33
Cuestionario sociodemográfico.....	34
Inventario de autoestima de Rosenberg.....	35
Inventario de Resiliencia de Connor y Davidson.....	36

Resumen

El presente estudio se propuso explorar la relación entre la autoestima y la resiliencia en personas con VIH/SIDA que residen en la región metropolitana de Buenos Aires. La investigación fue de temporalidad transversal, alcance descriptivo-correlacional y un enfoque cuantitativo. Se administraron 3 instrumentos, un cuestionario sociodemográfico constituido ad hoc, la CD-RISC 25 (sin estudios de psicométricos en nuestro país) y la escala de autoestima de Rosenberg, adaptada y validada en Argentina. La muestra comprendió 41 personas de entre 23 y 69 años, residentes tanto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires como de la Provincia de Buenos Aires. Se procedió con la difusión de un cuestionario (adaptado para una modalidad de autoadministración de forma virtual) a través de grupos de apoyo para personas con VIH/SIDA en redes sociales. Así mismo, se solicitó a fundaciones especializadas en la materia para que colaborasen en la difusión. Los resultados arrojan una relación positiva y estadísticamente significativa entre la Autoestima con la resiliencia y las dimensiones de la misma. Además, los hallazgos han sido concordantes con la literatura previa, concluyéndose así que el estudio ha sido un aporte preliminar sólido en cuanto a variables psicológicas mediadoras del estigma en personas con VIH/SIDA supone, aunque con amplio margen de mejora en aspectos de rigurosidad metodológica.

Palabras clave: autoestima, resiliencia, VIH/SIDA

Abstract

The present study aimed to explore the relationship between self-esteem and resilience in people living with HIV/AIDS in the metropolitan area of Buenos Aires. This research followed a cross-sectional design, with a descriptive-correlational scope and a quantitative approach. Three instruments were administered: an ad hoc sociodemographic questionnaire, the CD-RISC 25 (with no psychometric studies conducted in Argentina), and the Rosenberg Self-Esteem Scale, previously adapted and validated in the country. The sample consisted of 41 participants aged between 23 and 69 years, residents of both the City of Buenos Aires and the Province of Buenos Aires. Data collection was carried out through the dissemination of a self-administered online questionnaire via social media support groups for people living with HIV/AIDS, as well as through specialized foundations that collaborated in the distribution process. The results revealed a positive and statistically significant relationship between self-esteem and resilience, as well as between self-esteem and all dimensions of resilience. These findings are consistent with previous literature, and it is concluded that the study represents a solid preliminary contribution to the investigation of psychological variables mediating stigma in people with HIV/AIDS, although there remains considerable room for improvement in methodological rigor.

Keywords: self-esteem, resilience, HIV/AIDS

Introducción

El virus de la inmunodeficiencia humana (de ahora en más en el escrito, VIH) ha sido desde sus inicios, una problemática de salud pública mundial, habiéndose cobrado aproximadamente 40.000.000 de vidas (OMS, 2023). Se estima que desde el inicio de la pandemia, 64.000.000 de personas contrajeron VIH y 39.000.000 han muerto por enfermedades relacionadas con el sida (ONUSIDA, 2023).

Actualmente, los datos más recientes arrojan que en el año 2022, al menos 33.000.000 de personas vivían con VIH (aunque solo el 86% de ellas conoce su estado serológico), 1.360.000 se infectaron de VIH, 480.000 personas murieron por enfermedades relacionadas con el sida y casi 30.000.000 accedieron al tratamiento antirretroviral (ONUSIDA, 2023). Del total de personas infectadas por VIH en el año 2022, al menos 9.000.000 no tuvieron acceso al TAR y un 46% de la cifra representa a niñas y mujeres.

Desde el pico de infecciones en el año 1995, la cantidad de personas que contraen VIH se ha reducido en un 59%. Por otro lado, la prevalencia del virus en algunos grupos clave es mucho mayor que en la población adulta general (de 15 a 49 años), hallándose que frente al 0,7% de este grupo, prevalece en el 2,5% de los profesionales del sexo, 7,5% entre hombres homosexuales, 5,0% en consumidores de drogas inyectables, 10,3% en personas transexuales y 1,4% entre reclusos (ONUSIDA, 2023), y se estima que de aquí al año 2025, el 95% de las personas que viven con VIH debería haber recibido su diagnóstico y estar cursando el tratamiento antirretroviral.

En nuestro país, desde el año 2022, está en régimen la Ley Nacional de Respuesta Integral (Nº 27.675), que garantiza el acceso gratuito al tratamiento requerido por personas con VIH, tuberculosis, hepatitis virales y otras infecciones de transmisión sexual. Según el Ministerio de Salud Argentino, en el año 2023 se registró que 140.000

personas viven con VIH, de las cuales un 13% desconoce su diagnóstico, un 65% está en tratamiento, y la distribución en la población encontró que un 68,4% de los diagnósticos eran en hombres cis heterosexuales, un 30,4% en mujeres cis heterosexuales y un 1,2% en personas transexuales, además de estimarse aproximadamente 5300 casos nuevos por año.

Concretamente, el VIH es definido como un virus que ataca y destruye las células CD4 (linfocitos CD4, un tipo de glóbulos blancos), que pertenecen al sistema inmunitario y se encargan de combatir infecciones, lo que conduce eventualmente a una imposibilidad de combatir infecciones, aumentando la propensión a contraer enfermedades como tuberculosis, varios tipos de cánceres, neumonía, entre otras (OMS, 2023). Se contrae a través del intercambio y contacto de fluidos corporales, tales como sangre, leche materna, semen o secreciones vaginales y además, puede transmitirse al bebé durante el embarazo y el parto (OMS, 2023).

El VIH es una enfermedad crónica y progresiva, por ende, los signos y síntomas varían según el estadio en el que se encuentre la persona (OMS, 2023). Los primeros meses posteriores a la infección puede manifestarse un cuadro gripal, incluyendo síntomas como fiebre, dolor de cabeza, erupción cutánea o dolor de garganta y con la debilitación progresiva del sistema inmunitario, pueden manifestarse otros síntomas a lo largo del tiempo, que incluyen diarrea, tos, inflamación de los ganglios linfáticos y pérdida de peso. En ausencia de tratamiento durante un tiempo prolongado, se empeoran condiciones como las hepatitis B o C. Además, es propicia la aparición de otras como la tuberculosis, meningitis por criptococos, infecciones bacterianas graves y cánceres como los linfomas o el sarcoma de Kaposi (OMS, 2023).

La Organización Mundial de la Salud (2023) recomienda del momento de su diagnóstico en adelante comenzar un recuento de glóbulos blancos tipo CD4 en la

sangre, lo que permite dar cuenta del avance de la enfermedad. El rango saludable de CD4 es de 500 a 1500 por milímetro cúbico de sangre y cuando la persona presenta alrededor de 200 o menos, se considera que la enfermedad está en su estadio más avanzado, donde se padece el síndrome de inmunodeficiencia humana (de ahora en más, SIDA) (OMS, 2023). Actualmente, el tratamiento para el VIH se denomina Terapia antirretroviral (TAR), y consiste en una combinación de medicamentos que evitan la replicación del virus, disminuyendo la carga viral en la sangre (Institutos Nacionales de la Salud de Estados Unidos, 2021). De igual forma, una carga viral muy baja equivale a que el virus es indetectable y además, intransmisible.

Además de la propia enfermedad, una persona con VIH debe lidiar con estresores socioculturales, económicos y psicológicos que juntos constituyen una amenaza no solamente para salud física, sino también mental (Carrobbles, 2003). Estos estresores están guiados por la existencia de un estigma hacia el VIH. Se entiende por estigma a un atributo propio que es profundamente rechazado. A nivel social, el estigma constituye un proceso en el que la persona guiada por estereotipos y etiquetas adyacentes a estructuras de poder, se percibe a sí mismo inferior, sintiéndose discriminada y devaluándose (Campilla y Monárdez, 2019).

Fuster Ruiz (2019), realiza un modelo sobre factores sociales asociados al VIH que permiten comprender cómo se ha constituido el proceso de estigmatización en distintos niveles. En primer lugar, los medios de comunicación como conductores del estigma, haciendo un énfasis mayor en la amenaza simbólica que en la sanitaria, dado que la principal vía de transmisión del VIH es sexual y ha estado asociado con colectivos que presentaban comportamientos apartados de la moral tradicional, configurándolos como culpables. A nivel estructural, en todas las sociedades existen prejuicios que, canalizados en forma de leyes, criminalizan ciertas conductas de

miembros de grupos estigmatizados, tales como personas homosexuales, transexuales, etc. Esto se ha extrapolado a una criminalización del VIH, lo que influye negativamente en las conductas de salud, genera desconocimiento sobre el tema y facilita la discriminación y el trato injusto a personas que padecen la infección en su vida diaria.

Por otra parte, la autoestima es definida como una etiqueta que refiere a un conjunto de verbalizaciones con las que una persona se describe a sí misma. Es un juicio o valoración conformada por pensamientos tanto adaptativos como desadaptativos en relación a descripciones que se realizan sobre uno mismo y/o su forma de actuar (Froxan et al. 2020). En este sentido, la autoestima se configura y reedita en función del contexto y entorno en el que está ubicado la persona, lo que implica que varía a lo largo del tiempo. Entonces, alguien estigmatizado, inmerso en situaciones donde recibe comentarios desagradables o punitivos en relación a su persona puede influir en el concepto que tiene de sí misma y la valoración que sobre ella misma realiza.

Según Connor y Davidson (2003), la resiliencia es la capacidad que posee un individuo para adaptarse y prosperar en contextos adversos, estresantes o traumáticos. Es multidimensional y varía según factores como la edad, el género y la cultura. Refieren al concepto de equilibrio bio-psicoespiritual como aquel donde la persona adapta el cuerpo, la mente y el espíritu a las circunstancias de la vida. En la misma vertiente, Cameron, Ungar y Liebenberg (2007) definen a la resiliencia como una serie de factores individuales, sociales y familiares para la superación de las situaciones desfavorables, además de mencionar que una baja resiliencia suele estar asociada con dificultades en la capacidad de manejar el estigma social y el prejuicio. Los componentes necesarios para desarrollar la resiliencia son la espiritualidad, las redes de apoyo y el optimismo (Crespo Fernández y Rivera García, 2012).

Estudios previos han puesto de manifiesto que existe una relación estadísticamente significativa entre la autoestima y la resiliencia en personas con VIH/SIDA (Yan et al. 2019, Wen et al. 2021, Batista et al. 2020). Además, en estas investigaciones también se destaca el factor de redes de apoyo social para combatir el estigma y como una baja autoestima y resiliencia pueden predecir depresión y baja adherencia al tratamiento.

En la misma línea, Chepkemai et al. (2024) realizaron una revisión sistemática sobre recursos de la resiliencia que promueven la salud mental en personas con VIH. Se incluyeron catorce estudios en su mayoría transversales para una revisión completa de texto y se halló que entre los recursos que están relacionados con la resiliencia a nivel individual, estaban el apoyo social y la autoestima, entre otros como la autoeficacia, la autorresponsabilidad, la esperanza o el optimismo.

Wei et al. (2023) realizó una investigación basada en un modelo de mediación entre los síntomas depresivos, la autoestima y la ideación suicida en personas que viven con VIH en China, mencionando que una alta autoestima tiene una influencia directa en el afrontamiento frente al estrés, además de estar relacionada con una buena capacidad para resolver problemas y una mayor resiliencia.

De igual forma, Kalomo et al. (2021), realizaron un estudio de diseño mixto que aborda los factores psicosociales relacionados con la autoestima en jóvenes de 10 a 24 años que viven con VIH, donde encontraron que la divulgación del estado serológico (medido a través Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, MSPSS) a familiares o amigos correlaciona positivamente con la autoestima.

En coincidencia, Dadi et al. (2024) investigaron desde un enfoque cualitativo y un alcance exploratorio (mediante el análisis temático de entrevistas semiestructuradas) la importancia de la autogestión para mejorar el tratamiento y calidad de vida en

personas con VIH que viven en países de bajos ingresos. Los resultados indican la importancia de la autoestima para la autogestión en tanto involucra a la autoeficacia, la resolución de problemas, la resiliencia y la calidad de vida en general, además de correlacionarse positivamente con el factor apoyo social.

De manera similar, Chuku et al. (2024) exploraron la relación entre factores psicosociales positivos y variables asociadas al VIH autorreportados (como la adherencia al tratamiento, la carga viral, etc.) en mujeres negras residentes de Estados Unidos, hallando una correlación positiva fuerte entre autoeficacia y autoestima, autoestima y apoyo social percibido, autoestima y resiliencia y apoyo social percibido y resiliencia.

Indrayana et al. (2023), realizó una investigación de corte transversal en la población clínica con VIH de un centro de salud ubicado en Bali (Indonesia), con el objetivo de medir la relación entre la autoeficacia y espiritualidad, hallando una correlación positiva y estadísticamente significativa entre ambas variables.

Por otro lado y en lo que respecta a la autoestima, Wani et al. (2020) realizaron un estudio sobre la relación entre la calidad de vida, el apoyo social y la autoestima en personas con SIDA de Jammu y Cachemira (India), reportando que en una muestra de tanto hombres como mujeres el apoyo social y la autoestima difieren en función de factores sociodemográficos tales como la ocupación, la edad, el género o el estado civil. Los resultados arrojaron que las mujeres presentan niveles más bajos de autoestima y apoyo social en comparación con los hombres y que las personas que están casadas registran mayores niveles de autoestima y apoyo social que aquellas que no lo están.

En la misma línea, Folayan et al. (2022), estudiando asociaciones entre resiliencia, autoestima, estado serológico respecto del VIH e identidad sexual en población nigeriana, hallaron que a mayor edad y mayor nivel de educación, los niveles

de autoestima y resiliencia son más altos; de otra forma, en su muestra las personas tanto casadas como divorciadas presentaron niveles menores de autoestima y resiliencia que personas solteras.

De manera similar, Filiatreau et al. (2021) realizaron una investigación en jóvenes de 12 a 24 años que viven con VIH en áreas rurales de África, pretendiendo medir a través de encuestas autoreportadas y registros médicos la asociación entre los principales estresores psicosociales, la supresión viral y la retención en el cuidado. En las personas que poseían el virus, encontraron que una menor autoestima estaba presente en los jóvenes pre adolescentes (menores a 15 años), personas con bajos niveles educativos, que no estudiaban ni estaban empleadas o que habían perdido a ambos padres. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en el autoestima según el estado civil.

Realizando una revisión integrativa de la literatura sobre la autoestima en personas con VIH, de Carvalho et al. (2021), hallaron una serie de diferencias en el nivel de autoestima de personas que viven con VIH según variables sociodemográficas que coinciden con lo planteado hasta aquí, tales como el género (las mujeres experimentan más el estigma), orientación sexual (personas homosexuales y transgénero que experimentan una doble carga de estigma no solo por su estado serológico sino también por su identidad sexual), edad (personas más jóvenes experimentan de forma mayor el estigma y la presión de sus pares) y el acceso a recursos y apoyo social.

En lo que respecta a la resiliencia, Liboro et al. (2021) llevó a cabo un estudio donde se abordan factores protectores asociados con la resiliencia en personas mayores y de diversas etnias que viven con VIH/SIDA. Los resultados que obtuvo demuestran que variables como la práctica de alguna religión o espiritualidad y el apoyo social contribuyen a desarrollar una mayor resiliencia.

En otro estudio de Kalomo et al. (2020), con el objetivo de estudiar la relación entre el estigma del VIH, la resiliencia y los síntomas depresivos en adultos mayores residentes en Namibia, halló que ser mujer y tener altos niveles educativos son factores protectores contra los síntomas depresivos y el estigma y están ligados con una mayor resiliencia.

Por otro lado, Antabe et al. (2023) estudiaron los niveles de resiliencia autorreportados en hombres negros heterosexuales residentes de Canadá, encontrándose con que además de la raza, otras variables sociodemográficas que parecían tener un efecto positivo en el nivel de resiliencia, tales como el estar casado (dado que supone tener una red de apoyo más amplia), ser mayor (ya que está asociado con mayor experiencia de vida y estrategias de afrontamiento), altos niveles de educación, estar empleado o practicar algún tipo de religión. En contradicción, Guaraldi et al. (2022) indagando sobre la resiliencia y su relación con la calidad de vida y los fenotipos de fragilidad en personas que acudían a una clínica metabólica de VIH encontró que la resiliencia era menor en personas de 50 años en adelante, en mujeres y en personas que se perciben en soledad.

En relación a la justificación, resulta de vital importancia ampliar el bagaje teórico en torno a la dimensión social que adquiere el VIH/SIDA. La literatura existente ha subrayado históricamente el impacto del estigma (que es crucial), incorporando en menor medida otras variables psicológicas mediadoras tales como la resiliencia, la autoestima, la autoeficacia y la espiritualidad, etc. Además, el estigma está matizado por un aspecto social ligado a las actitudes y percepción hacia personas infectadas más que a la salud mental de estas personas. Entonces, comenzar a visibilizar estas variables permitiría ampliar el horizonte de intervenciones posibles; trascendiendo lo médico para integrar componentes sociales y comunitarios, sumando además a profesionales de

diversas áreas como la psicología. De igual forma, ampliar este modelo de atención del VIH/SIDA agregando la dimensión emocional de la persona, permitiría diseñar políticas de salud más holísticas, que no se centren solo en reducir el impacto del estigma sino en desarrollar aspectos clave como la resiliencia o la autoestima que permitan fortalecer la capacidad de enfrentar la enfermedad y mejorar su bienestar.

En vista de todo lo planteado hasta ahora, se llevó a cabo una investigación con el objetivo general de explorar la relación entre la autoestima y la resiliencia en personas con VIH/SIDA que residan en el área metropolitana de Buenos Aires. De manera más específica, los objetivos han sido: OE1) Describir los niveles de autoestima y resiliencia en personas con VIH/SIDA en el AMBA, OE2) Comparar los niveles de autoestima y resiliencia en función del nivel educativo y el estado civil; OE3) Determinar la relación entre la autoestima y las dimensiones de la resiliencia. La hipótesis de trabajo fue que la relación entre la autoestima y resiliencia en personas con VIH/SIDA es estadísticamente significativa, mientras que la nula corresponde a que la relación entre estas dos variables no es estadísticamente significativa. Por otro lado, algunas de las hipótesis específicas son; H1) Los niveles de autoestima en personas con VIH/SIDA serán predominantemente bajos; H2) Las personas con niveles educativos altos o de estado ocupacional empleado percibirán mayores niveles de autoestima y/o resiliencia y H3) La autoestima presentará una correlación positiva con la dimensión redes de apoyo de la resiliencia.

Método

Diseño

La investigación llevada a cabo fue de tipo no experimental, con un enfoque cuantitativo, alcance descriptivo correlacional y una temporalidad de corte transversal (Sampieri et al. 2016).

Muestra

El muestreo fue no probabilístico, de tipo intencional y por efecto bola de nieve. Fueron incluidas 41 personas con diagnóstico de VIH/SIDA, donde un 56% residía en la Provincia de Buenos Aires y un 43% en la Ciudad de Buenos Aires, además, la media de la edad fue de 42.2. Han sido excluidas personas que al momento de la administración fueran menores de edad, poseyeran algún trastorno mental diagnosticado, enfermedad física, consumiesen psicofármacos o residiesen en otra zona que no comprenda a la Ciudad de Buenos Aires o la Provincia de Buenos Aires.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico ad-hoc

Se constituyó ad-hoc un cuestionario sociodemográfico, que recogió datos tales como edad, género, nivel de educación, nacionalidad, sexualidad, estado civil, zona de residencia, ocupación e incluyó los criterios de exclusión e inclusión respectivamente.

Inventario de autoestima de Rosenberg

Para la medición de la autoestima se empleó la escala de autoestima de Rosenberg (1965), que consiste en un total de 10 ítems self-report de tipo likert donde 4 equivale a totalmente en desacuerdo y 1 a totalmente de acuerdo. De ellos, cinco se encuentran redactados en sentido positivo y otros cinco en sentido negativo y la puntuación total se obtiene sumando las respuestas, siendo así el mínimo de 10 de puntos (asociado con una baja autoestima) y el máximo de 40 puntos (asociado con una alta autoestima).

Los estudios de validez y confiabilidad realizados evidencian una alta consistencia ($\alpha=0.87$) y Rosenberg destaca la facilidad de su administración, la economía del tiempo y la validez aparente. Góngora et al. (2009) validó la escala en población tanto clínica como general de la Ciudad de Buenos Aires, obteniendo un

$\alpha=0.78$, lo que indica que es fiable. En la presente muestra, el valor del alfa de Cronbach calculado fue de 0,83, lo que permite considerar la consistencia interna como adecuada.

Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)

Se utilizó la CD-RISC (Connor-Davidson, 2003) para medir la resiliencia, adaptada al español por Crespo et al. (2014) y validada por León et al. (2019), que evaluando la confiabilidad y realizando un análisis factorial en población española obtuvo un coeficiente alfa de cronbach de 0.86, lo que indica que su uso es adecuado. El instrumento consiste en un total de 25 ítems en su mayoría self-report de tipo likert, donde 0 equivale a no verdadero, 1 a raramente verdadero, 2 a a veces verdadero, 3 a menudo verdadero y 4 a cierto casi todo el tiempo. La puntuación total se obtiene sumando las respuestas, siendo el mínimo de 0 (asociado con una baja resiliencia) y el máximo de 100 (una alta resiliencia). Además, la escala es multidimensional, distinguiendo 5 dimensiones: Persistencia-Tenacidad-Autoeficacia (ítems 10, 11, 12, 16, 17, 23, 24, 25), Control bajo presión (ítems 6, 7, 14, 15, 18, 19, 20), Adaptabilidad y redes de apoyo (ítems 1, 2, 4, 5, 8), Control y propósito (ítems 13, 21, 22) y Espiritualidad (ítems 3, 9) (Gravini-Donado, Palacio Sañudo, & Millán De Lange, 2019). En la muestra abordada aquí, el valor del alfa de cronbach para la escala de Resiliencia (Sin contar sus dimensiones) es de .88, por lo que aún sin estar validado el instrumento, se puede llegar a considerar fiable para la medida de la variable.

Se aclara que existe una escala de resiliencia validada en nuestro país, la escala de resiliencia de Wagnild y Young (1993). El instrumento tiene como utilidad identificar el grado de resiliencia individual, entendida como una cualidad personal que modera el estrés para permitir la adaptación del individuo. Por otro lado, la CD-RISC es una escala diseñada específicamente para medir la resiliencia en poblaciones clínicas

que lidian con altos montos de estrés, trastornos de ansiedad o estrés post-traumático, que comprende a la resiliencia matizada por cinco dimensiones tanto sociales como individuales (Connor y Davidson, 2003). En concordancia, en este estudio se ha concebido a la resiliencia como una serie de factores individuales, sociales y familiares para superar situaciones desfavorables (Cameron et al. 2007). Entonces, en una población clínica y estigmatizada como lo son las personas con VIH/SIDA y en relación al grado de detalle sobre el aspecto multidimensional que posee la CD-RISC, se ha considerado más adecuado su uso para los fines de este estudio.

Procedimiento

Previo a la recolección de datos, los instrumentos fueron adaptados a un formulario virtual a través de la aplicación Google Forms. El mismo fue difundido por redes sociales y se contactó a ciertas instituciones para con su permiso, facilitar la difusión del formulario a sus miembros.

El formulario contuvo cuatro secciones. La primera consiste en un consentimiento informado donde se especifica la duración aproximada (cronometrada en la prueba piloto, 20 minutos) y los resguardos éticos de acuerdo a la Ley Nacional N° 25.326 para garantizar los derechos de los participantes. Estos implican una participación voluntaria, la posibilidad de discontinuar el formulario si así quiere sin experimentar alguna represalia y la garantía de que los datos serán anónimos y confidenciales. Incluso si los resultados de la investigación son públicos, no será posible identificar a ningún participante. Por otro lado, en esta misma sección se informaron aspectos formales de la investigación, tales como los objetivos y la finalidad meramente académica. Así, el participante debió estar de acuerdo con todo lo mencionado anteriormente para dar su consentimiento y acceder a las siguientes secciones.

Las tres secciones restantes comprenden los instrumentos para la recolección de

datos. Primero se debió responder un cuestionario sociodemográfico al que le siguió el inventario de Autoestima de Rosenberg y por último la CD-RISC 25.

Por último, los datos fueron tomados en el intervalo de enero de 2025 a julio de 2025.

Análisis de datos

Los datos recolectados a través de los instrumentos fueron interpretados a través del software estadístico para ciencias sociales Jamovi en su versión 2.3.28.

Para describir los niveles de Autoestima y Resiliencia se realizaron análisis descriptivos por medio de medidas estadísticas básicas, entre las que se encuentran medias, desvío estándar, frecuencias y rangos.

Para medir la asociación entre la Resiliencia y sus dimensiones con la Autoestima comenzó aplicándose la prueba de normalidad Shapiro-Wilk y en vista de la dispersión de los datos (anormal) se aplicó el estadístico no paramétrico Rho de Spearman.

En lo competente a la comparación de las variables objetivo en grupos dicotómicos establecidos por criterios sociodemográficos se utilizó nuevamente por la distribución anormal de los datos el estadístico U de Mann-Whitney. Para grupos no dicotómicos establecidos por ejemplo, desde la variable sociodemográfica nivel educativo se utilizó el Anova de un Factor Kruskal-Wallis (no paramétrico).

En todos los casos, se consideraron significativos los resultados cuando los coeficientes de las pruebas fuesen mayores a .05 ($p < 0.05$).

Resultados

Se ha observado una predominancia de participantes de género masculino en comparación al femenino. La distribución del nivel educativo es más variada, aunque el

grueso de la muestra se encuentra entre los terciarios completos y secundarios completos. En lo respectivo a la zona de residencia, la mayoría se encuentran domiciliados en la Provincia de Buenos Aires y el resto (aunque no por diferencia grosera) en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Por último, en cuanto a la ocupación principal de cada participante, se ha registrado una primacía Empleados en relación de dependencia y trabajadores independientes por sobre las demás categorías. Los resultados se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1.

Datos sociodemográficos.

Variable	Etiqueta	N	Porcentaje
Género	Mujer	14	34%
	Hombre	27	65%
Nivel de educación	Secundario incompleto	2	4.9%
	Secundario completo	8	19%
	Terciario incompleto	4	9%
	Terciario completo	9	22%
	Universitario incompleto	7	17%
	Universitario completo	7	17%
	Posgrado incompleto	1	2%
	Posgrado completo	3	7.3%
Zona de residencia	Provincia de Buenos Aires	23	56%
	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	18	43%
Ocupación principal	Trabajador independiente	9	22%
	Estudiante	2	4%
	Emp. en relación de dependencia	20	48%
	Desempleado	4	9%
	Jubilado	5	12%
	Amo/a de casa-Trabajo doméstico	1	2.4%

En lo que respecta a la Autoestima, la media de 29.4 sitúa a los participantes en niveles moderados de esta variable según lo propuesto por el manual tipificado del

instrumento. De la distribución emerge una asimetría negativa, lo que indica que parte importante de los puntajes está sesgado a valores altos. Por otro lado, el valor de la prueba Shapiro-Wilk indica un perfil de anormalidad en la variable.

Por último, la media de Resiliencia (63.8) indica en los integrantes de la muestra un desempeño moderado-alto de esta variable según lo tipificado por los Connor y Davidson (2003) en el manual del instrumento. Esta medida fue representativa, siendo que la asimetría y la curtosis se encontraron dentro de los parámetros de normalidad ($-2 < As < 2$, West, 1999).

Tabla 2.

Estadística descriptiva de las variables

Descriptivas						Asimetría		Curtosis		Shapiro Wilk	
	Medi a	Median a	DE	Mi n	Ma x	Asimetrí a	EE	Curtosi s	EE	W	p
Edad	42.2	40	12. 2	23	69	0.523 9	0.36	-0.543	0.72 4	0.95 4	0.10 0
Autoestima	29.4	30	7.3 7	10	39	-0.803 9	0.36	0.005	0.72 4	0.91 8	0.00 6
Resiliencia	63.8	68	24. 2	8	100	-0.597	0.369	-0.410	0.72 4	0.94 8	0.05 8
Persistencia- Tenacidad- Autoeficacia	21.2	24	9.0 1	3	32	-0.541	0.369	-1.02	0.72 4	0.90 7	0.00 3
Control bajo presión- Tolerancia al afecto negativo	18.4	18	7.8 5	0	32	-0.228	0.369	-0.409	0.72 4	0.98 1	0.70 0
Adaptabilidad y Redes de Apoyo	13.65	14	5.0 5	0	20	-1.01	0.369	0.783	0.72 4	0.91 5	0.00 5
Control y Propósito	8.10	9	3.5 5	1	12	-0.819	0.369	-0.528	0.72 4	0.87 1	< .001
Espiritualida d	4.9	5	2.5 9	0	8	-0.461	0.369	-0.792	0.72 4	0.90 7	0.00 3

A continuación se evidencia el análisis de correlaciones entre las variables centrales y sus dimensiones, habiéndose utilizado la matriz Rho de Spearman por la distribución anormal de los datos. Remitiéndose al objetivo general, se comenzó por evaluar el nivel de relación entre la Autoestima y la Resiliencia. Ambas han mostrado

guardar una correlación positiva y estadísticamente significativa, lo que supone que en esta muestra, mientras mayor es la Autoestima, mayor es la Resiliencia. En lo que respecta a las dimensiones de la resiliencia con la Autoestima, tanto la espiritualidad, como la adaptabilidad/redes de apoyo, el control bajo presión, el control/propósito y la espiritualidad han mostrado nuevamente, una correlación positiva y estadísticamente significativa. En otro sentido, todas las dimensiones de la Resiliencia guardan una correlación estadísticamente significativa entre ellas y con la medida general de resiliencia, aún siendo el tamaño del efecto de las asociaciones moderado.

Por último, se ha observado correlaciones estadísticamente significativas tanto entre la edad con la Autoestima como la edad con la dimensión de la resiliencia adaptabilidad y redes de apoyo.

Tabla 3.

Correlación de Autoestima, Resiliencia y edad

	Autoestima	Resiliencia	Control bajo presión	Autoeficacia	Adaptabilidad y redes de apoyo	Control - propósito	Espiritualidad	Edad
Autoestima	—							
Resiliencia	0.813***	—						
Control bajo presión	0.734***	0.945***	—					
Autoeficacia	0.845***	0.960***	0.903**	—				
Adaptabilidad y redes de apoyo	0.747***	0.915***	0.843**	0.870***	—			
Control-propósito	0.708***	0.827**	0.773*	0.754***	0.574***	—		
Espiritualidad	0.340***	0.623**	0.524**	0.504***	0.483***	0.574**	—	
Edad	0.322*	0.238	0.183	0.219	0.304*	0.181	0.029	—

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

El análisis descriptivo de las variables en relación al género permite arribar que tanto los hombres como las mujeres de esta muestra consignaron niveles altos de autoestima y moderados-altos de resiliencia. Por la distribución anormal de las

variables, se utilizó la prueba U de Mann Whitney para la comparación entre grupos, notándose que la diferencia en los niveles de cada variable objetivo no era significativa.

Tabla 4.

Comparación y descriptivas de grupos según variable sociodemográfica género

	Grupo	N	Media	Mediana	DE	U de Mann Whitney	Tamaño del efecto
Autoestima	Hombres	27	29.4	29	6.76	0.804	0.053
	Mujeres	14	29.5	33	8.69		
Resiliencia	Hombres	27	64.1	67	22.49	0.837	0.042
	Mujeres	14	63.1	70	28.08		

Se ha procedido con el análisis descriptivo y la comparación de las variables objetivo agrupando a la muestra por el nivel de educación. Entre el grupo de menor nivel educativo (secundario incompleto) y de mayor nivel educativo (posgrado completo), la diferencia de media tanto de la Autoestima como de la Resiliencia es notable. No obstante, esta diferencia no puede considerarse significativa según la prueba Kruskal-Wallis (seleccionada por el perfil no normal de los puntajes).

Tabla 5.

Comparación y descriptivas de grupos según variable sociodemográfica nivel de educación

	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE	x ²	gl	p	ε ²
Autoestima	Secundario incompleto	2	24.5	24.5	4.95	3.50	9.95	7	0.192	0.249
	Secundario completo	8	26.4	26.0	9.61	3.40				
	Terciario incompleto	4	29.3	32.0	10.0	5.01				
	Terciario completo	9	30.0	31.0	5.20	1.73				
	Universitario incompleto	1	27.4	28.0	8.56	3.24				
	Universitario completo	7	31.0	30.0	4.24	1.60				
	Posgrado incompleto	1	37.0	37.0	NaN	NaN				
	Posgrado completo	3	37.7	37.0	1.15	0.60				
Resiliencia	Secundario incompleto	2	49.5	49.5	21.9	15.5	5.70	7	0.575	0.142
	Secundario completo	8	52.6	51.0	33.4	11.8				
	Terciario incompleto	4	61.8	67.5	38.4	19.2				
	Terciario completo	9	66.0	66.0	14.1	4.68				
	Universitario incompleto	1	63.9	71.0	21.8	8.24				
	Universitario completo	7	67.0	71.0	20.5	7.75				

Posgrado incompleto	1	84.0	84.0	NaN	NaN
Posgrado completo	3	84.3	86.0	16.6	9.56

Lo que respecta a la comparación de las variables objetivo partiendo de la ocupación como variable de agrupación, se ha registrado que la diferencia de Autoestima entre por ejemplo, personas desempleadas y empleadas respectivamente es moderada. No obstante, en la Resiliencia, la brecha entre uno y otro es mayor, habiéndose notado más elevada en personas empleadas (ya sea trabajadores independientes o empleados en relación de dependencia) que en personas desempleadas. En son de aproximar el nivel de significación de esta, se utilizó la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis, que demostró que la diferencia no es significativa.

Tabla 6.

Comparación y descriptivas de grupos según variable sociodemográfica ocupación

	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE	x ²	gl	p	ε ²
Autoestima	Trabajador independiente	9	29.7	31.0	9.14	3.06	7.60	5	0.180	0.190
	Estudiante	2	29.0	29.0	4.24	3.00				
	Empleado/a en relación de dependencia	20	30.4	30.5	6.95	1.55				
	Desempleado/a	4	21.3	21.5	4.17	2.29				
	Jubilado/a	5	30.4	32.2	6.29	2.77				
	Amo/a de casa - Trabajo doméstico	1	37.0	37.0	NaN	NaN				
Resiliencia	Trabajador independiente	9	65.0	84.0	30.7	10.2	7.39	5	0.193	0.185
	Estudiante	2	57.5	57.5	14.8	10.5				
	Empleado/a en relación de dependencia	20	67.2	69.0	20.2	4.52				
	Desempleado/a	4	33.3	30.5	17.6	8.78				
	Jubilado/a	5	71.0	74.0	23.8	1.06				
	Amo/a de casa - Trabajo doméstico	1	83.0	83.0	NaN	NaN				

Discusión

El objetivo inicial del concurrente estudio fue el de analizar la relación entre la Autoestima y la Resiliencia en población de personas infectadas de VIH/SIDA. Los resultados han arrojado que entre ambas existe una relación positiva, fuerte y

estadísticamente significativa, por lo que es posible afirmar que, a mayor Autoestima, mayor es la Resiliencia (y viceversa). En un sentido descriptivo, los hallazgos demuestran que en la muestra de este estudio, los niveles de ambas variables oscilaron entre moderados-altos, pudiéndose aparte registrar que mientras mayor es el nivel de educación, mayores son la Autoestima y la Resiliencia, y que el factor de estar empleado supone una mayor Resiliencia en comparación a estar desempleado.

Así, se ha confirmado la hipótesis de trabajo de que la Resiliencia y la Autoestima en personas con VIH/SIDA guarda una relación directa, lo que es consonante con los aportes de Batista et al. (2020), Wen et al. (2021), Yan et al. (2019). De igual forma, destacar que los estudios mencionados comprenden población china y limitada a hombres adultos mayores homosexuales; lo que podría llegar a implicar que de forma transversal a factores sociodemográficos, la Autoestima y la Resiliencia en personas con VIH/SIDA guardan una relación. Aquellos estudios también refuerzan la relación entre la Autoestima y las redes de apoyo, que suelen medir a través de la escala de apoyo social percibido. En este estudio, se realizó una aproximación hacia esta variable utilizando la dimensión Adaptabilidad y Redes de apoyo de la resiliencia. Entre esta dimensión de la Resiliencia y la Autoestima, se evidenció una relación positiva, fuerte y estadísticamente significativa. Esto resulta consistente con los aportes mencionados anteriormente. Además, pone de manifiesto que la dimensión Adaptabilidad y Redes de apoyo cubre una faceta de la escala de apoyo social percibido, lo que refuerza la elección del instrumento. En consonancia con estos descubrimientos, Kalomo et al. (2021) demostraría que la divulgación del estado serológico a amigos y familiares guarda una correlación con la Autoestima.

A la luz de la tercera hipótesis específica y en lo que respecta a la relación de la Autoestima con las dimensiones de la resiliencia, se ha hallado una correlación positiva

y fuerte de cada una con la variable objetivo, lo que corresponde con la revisión sistemática de Chepkemai et al. (2024), que en función de la extensa literatura sobre el VIH y factores psicosociales positivos, encontró que la resiliencia se ve favorecida por recursos tales como la Autoestima, la autoeficacia, el apoyo social o la esperanza.

De forma más específica, la relación entre la Autoestima y el factor control bajo presión concuerda con lo propuesto por Wei et al. (2023), que concluyó que altos niveles de autoestima se relacionan con un mejor afrontamiento del estrés. De manera similar, Dadi et al. (2024) destacaba desde un estudio cualitativo como en personas de bajos ingresos la autoestima tenía un rol fundamental para la autogestión y la resolución de problemas. Sería posible hilar este último resultado con otra de las constataciones del presente estudio, que es la relación (nuevamente, positiva y fuerte) de la Autoestima con el factor de la Resiliencia Autoeficacia-Persistencia-Tenacidad, que tiene implicancias en la percepción de competencia personal, confianza en sí mismo y la aptitud de lidiar con las dificultades. Es en esta misma línea de aportes que Chuku et al. (2024) trabajando con mujeres negras estadounidenses con VIH/SIDA, halló que ciertos factores psicosociales positivos (tales como la Autoestima, la Autoeficacia, la Resiliencia y el Apoyo social percibido) guardan una relación entre sí.

En lo que compete al factor de la Resiliencia Espiritualidad, se halló una correlación positiva y estadísticamente significativa con la Autoestima y las dimensiones de la Resiliencia Autoeficacia o Persistencia, Adaptabilidad y Redes de Apoyo, Control-Propósito y Control bajo presión. Aquí resultan de especial pertinencia lo propuesto por Indrayana et al. (2023), que identificó en población de VIH/SIDA residentes en Indonesia una relación positiva estadísticamente significativa entre la autoeficacia y la espiritualidad. En esta línea, Liboro et al. (2021), evidencia que tanto el

apoyo social como la espiritualidad son factores contributivos al desarrollo de una mayor resiliencia.

En consideración de lo planteado en la segunda hipótesis específica, que personas de altos niveles educativos o ciertas ocupaciones notarían niveles más altos de Resiliencia y Autoestima, es posible refutar la misma, aunque parcialmente. Esto debido a que sí se halló una diferencia entre los grupos mencionados, aunque no lo suficientemente fuerte como para considerarse según parámetros estadísticos, significativa. Puntualmente, se demostró que en esta muestra, mientras mayor era el nivel educativo, más elevadas estaban la Resiliencia y la Autoestima. El hecho de que no resultase significativa podría leerse bajo la óptica de una reducción de la potencia estadística, producto de la muestra acotada y los tamaños desproporcionados entre cada grupo; asimismo, algunas investigaciones indican una mejoría general de la salud mental en personas con VIH/SIDA que se encuentran bajo tratamiento antirretroviral (Rabkin et al., 2000), lo que podría sugerir que el mismo uniformiza ciertas variables psicológicas en esta población. He aquí la coincidencia de los hallazgos de este estudio con los de investigaciones similares, entre algunas de ellas Antabe et al. 2023; Filiatreau et al. 2021; Folayan et al. 2022; Kalomo et al. 2020). Estos autores destacan en su mayoría a la educación como factor protector propicio a altos niveles de Resiliencia y Autoestima, además de entre otras conclusiones, que las mujeres experimentan más estigma y poseen menor Autoestima o que las personas de mayor edad poseen niveles más altos de Resiliencia producto de su experiencia de vida. Con estos dos últimos sin embargo emerge una discrepancia, ya que en la muestra de este estudio los hombres y mujeres poseían niveles de Autoestima similares, y no hubo una asociación estadísticamente significativa de alguna variable objetivo con la edad. Esto podría contemplarse en vista de que los grupos no poseían la misma cantidad de participantes.

Por otro lado, la divergencia según la edad puede explicarse por la demografía de la muestra, que no contó con población adolescente para realizar las comparaciones apropiadas. Lo último que compete a las comparaciones de grupos es la diferencia de Resiliencia según el nivel de ocupación, donde en consonancia con lo evidenciado por Antabe et al. (2023) y Filiatreau et al. (2021), estar empleado está asociado con mayores niveles de Resiliencia. Cabe destacar que ambos autores trabajaron con poblaciones discrepantes de la del estudio (el primer con hombres negros heterosexuales con VIH y el segundo con Jóvenes de 12 a 24 años, ambas poblaciones con VIH) y aun así, los resultados que se encuentran son similares.

Conclusión

Resulta fundamental considerar a la presente investigación como móvil del estudio de variables psicológicas mediadoras del estigma en personas con VIH. A la luz de valores moderados-altos tanto de la resiliencia como la autoestima en esta población cabría pensarlas como un factor de protección en el tratamiento. Más aún ambas estando asociadas entre sí ponen de manifiesto que la Autoestima en personas con VIH/SIDA puede verse favorecida por factores de la resiliencia, tales como un manejo adecuado del estrés, la persistencia o la tenacidad ante las dificultades, las relaciones seguras, la capacidad de atribuir un sentido o las creencias espirituales. No resulta un pormenor destacar la multiplicidad de factores psicosociales propicios al desarrollo de mayores niveles de autoestima y resiliencia y por ende, de una mejor calidad de vida. Esto cobra importancia a la luz de la siguiente cita: “Además de la propia enfermedad, una persona con VIH debe lidiar con estresores socioculturales, económicos y psicológicos que juntos constituyen una amenaza no solamente para salud física, sino también mental (Carrobbles, 2003)”. Así, se entiende que reconocer e identificar factores de protección en una población sometida a altos montos de estrés es vital en el proceso de producción

de conocimiento científico. He aquí una singularidad de este estudio en comparación a otros, y es que como ha sido abordado en el apartado de relevancia, comenzar a estudiar variables mediadoras del estigma más que el estigma en tanto percepciones de la sociedad permitiría diseñar intervenciones de salud más holísticas, integrando la dimensión emocional de la persona y trascendiendo el tratamiento medicamentoso de la enfermedad.

No obstante, resulta fundamental reconocer las limitaciones que poseyó el estudio y que podrían corregirse en futuras investigaciones. En primer lugar, la muestra de tamaño pequeño redujo la potencia estadística en el análisis de datos. Quizás pudo obstruir o sesgar la comparación de grupos, ya que no eran equivalentes entre sí. Por otro lado, uno de los instrumentos (la CD-RISC 25, utilizado para medir la resiliencia) no posee estudios psicométricos que validen su uso en población argentina, por lo que los puntajes puede que no reflejen con la exactitud esperable el constructo. Así también, que ambos instrumentos posean un tipo de respuesta autoreporte puede volver no válidos los perfiles de respuesta producto de la deseabilidad social. De igual forma, la muestra no probabilística impide generalizar los resultados a todas las personas con VIH/SIDA, algo en lo que se ha hecho énfasis al mencionar todos los resultados como delimitados a la muestra del presente estudio. Por último, destacar que el diseño empleado (por la naturaleza de las condiciones disponibles para llevar a cabo el proyecto) fue no experimental, por lo que no es posible controlar las variables ni la aparición de variables extrañas.

De cualquier manera, el estudio efectuado puede considerarse un aporte preliminar sólido para futuras investigaciones orientadas a estudiar variables mediadoras del estigma en personas con VIH/SIDA y diseñar intervenciones que integren componentes psicológicos y trasciendan el aspecto del tratamiento como

puramente médico. Así, se recomienda hacer uso de organismos de salud formales y propios del estado (como hospitales u organizaciones de gran alcance y difusión), utilizar una metodología más rigurosa e incluso poder hacer un recorte alrededor de si las variables varían según estadio del virus en el que se encuentra la persona.

Referencias

- ONUSIDA. (2024). *Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*. <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *VIH y sida*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. (2023). *Boletín N° 40: Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina. Ministerio de Salud de la Nación Argentina*. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-ndeg-40-respuesta-al-vih-y-las-its-en-la-argentina>
- Fuster-Ruizdeapodaca, M. J., de Benito, E., Poveda, A., Rohlf, I., & Sampedro, E. (2018). Dimensión social del VIH y respuesta estatal. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 36(Supl 1), 10-14. [https://doi.org/10.1016/S0213-005X\(18\)30240-4](https://doi.org/10.1016/S0213-005X(18)30240-4)
- Carrobbles, J. A., Remor, E., & Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426. <https://www.psicothema.com/pdf/1082.pdf>
- Campillay, M., & Monárdez, M. (2019). Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios. *Revista de Bioética y Derecho*, 47, 93-107. <https://www.bioeticayderecho.ub.edu>
- Froxán Parga, M. X. (2020). *Análisis funcional de la conducta humana: concepto, metodología y aplicaciones*. Pirámide
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>

- León, M. Á. G., González-Gómez, A., Robles-Ortega, H., Padilla, J. L., & Peralta-Ramírez, I. (2019). Propiedades psicométricas de la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC) en población española. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 35(1), 33-40. <https://doi.org/10.6018/analesps>
- Crespo, M., Fernández-Lansac, V., & Soberón, C. (2014). ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DE LA "ESCALA DE RESILIENCIA DE CONNOR-DAVIDSON" (CD-RISC) EN SITUACIONES DE ESTRÉS CRÓNICO. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(2), 219–238. <https://www.behavioralpsycho.com/producto/adaptacion-espanola-de-la-escala-de-resiliencia-de-connor-davidson-cd-risc-en-situaciones-de-estres-cronico/>
- ROSENBERG, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt183pjhh>
- Góngora, V. C., & Casullo, M. M. (2009). Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población general y en población clínica de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 1(27), 179-194.
- Gravini-Donado, M., Palacio Sañudo, J. E., & Millán De Lange, A. (2019). Validez factorial de la “Escala de Resiliencia de Connor y Davidson” (CD-RISC) en universitarios colombianos. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 27(3), 477-498. <https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/12/07.Gravini-Donado-27-3.pdf>
- Indrayana, I. K. S., Arisudhana, G. A. B., & Putra, P. W. K. (2023). Correlation Between Spirituality with Self-Efficacy on HIV/AIDS Patients in Puskesmas Kuta II. *Journal Nursing Research Publication Media*, 2(2), 63-68. <https://nursepedia.lenteramitralestari.org/nursepedia/index.php/nsp/index>. doi: 10.55887/nrpm.v2i2.38.
- Cameron, C.A., Ungar, M. y Liebenberg, L. (2007). Cultural Understandings of Resilience: Roots for Wings in the Development of Affective Resources for Resilience. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16, 285-301 doi: 10.1016/j.chc.2006.11.001

- Crespo Fernández, L. y Rivera García, M.L. (2012). El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23(1), 109-126.
- Yan, H., Li, X., Li, J., Wang, W., Yang, Y., Yao, X., ... & Li, S. (2019). Association between perceived HIV stigma, social support, resilience, self-esteem, and depressive symptoms among HIV-positive men who have sex with men (MSM) in Nanjing, China. *AIDS Care*, 31(9), 1069-1076. doi: 10.1080/09540121.2019.1601677. Epub 2019 Apr 3. PMID: 30942086.
- Wen, J., Yeh, T. P., Xie, H., Yu, X., Tang, J., & Chen, Y. (2021). Resilience, self-esteem, self-efficacy, social support, depression and ART adherence among people living with HIV in Sichuan, China. *AIDS care*, 33(11), 1414-1421. doi: 10.1080/09540121.2020.1828800. Epub 2020 Oct 7. PMID: 33025792.
- Batista, I. C., & Pereira, H. (2020). Mental health, resilience and HIV in older gay and bisexual men. *Educational Gerontology*, 46(9), 525–539. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/03601277.2020.1785673>
- Chepkemai, S., Nyikavaranda, P., Semrau, M., Archer, G., & Pantelic, M. (2024). Resilience resources for mental health among people living with HIV: a mixed-method systematic review. *AIDS Care*, 1–15. <https://doi.org/10.1080/09540121.2024.2303613>
- Wani, M. A. (2020). Apoyo social, autoestima y calidad de vida entre las personas que viven con el VIH / SIDA en Jammu y Cachemira, India. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 36(2), 232–241. <https://doi.org/10.6018/analesps.351111>
- Chuku, C. C., Silva, M. F., Lee, J. S., Reid, R., Lazarus, K., Carrico, A. W., & Dale, S. K. (2024). A network analysis of positive psychosocial factors and indication of suboptimal HIV care outcomes among Black women living with HIV. *AIDS Care*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/09540121.2024.2372714>
- Folayan, M. O., Ibigbami, O., & Lusher, J. (2022). Associations between resilience, self-esteem, HIV status, and sexual identity among residents in Nigeria. *Scientific African*, 17, e01333. <https://doi.org/10.1016/j.sciaf.2022.e01333>
- Kalomo, E. N., Shamrova, D., Jun, J. S., Lightfoot, E., Mgori, N. K., & Kalb, A. (2021). Psychosocial factors affecting self-esteem among youth living with human

- immunodeficiency virus (HIV) in Namibia. *African Journal of Social Work*, 11(5), 273-282. <https://www.ajol.info/index.php/ajsw/article/view/220312>
- Filiatreau, L. M., Pettifor, A., Edwards, J. K., Masilela, N., Twine, R., Gómez-Olivé, F. X., Haberland, N., Kabudula, C. W., Lippman, S. A., & Kahn, K. (2021). Associations Between Key Psychosocial Stressors and Viral Suppression and Retention in Care Among Youth with HIV in Rural South Africa. *AIDS and Behavior*, 25(8), 2358–2368.
<https://doi.org/10.1007/s10461-021-03198-9>
- de Carvalho, R. A., de Souza, D. C. (2021). A autoestima da pessoa que vive com HIV—uma revisão integrativa da literatura. *Cadernos de Gênero e Tecnologia*, 14(43), 278-299. <https://revistas.utfpr.edu.br/cgt/article/view/12078>
- Liboro, R. M., Yates, T. C., Bell, S., Ranuschio, B., Da Silva, G., Fehr, C., ... & Shuper, P. A. (2021). Protective factors that foster resilience to HIV/AIDS: Insights and lived experiences of older gay, bisexual, and other men who have sex with men. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8548. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168548>
- Kalomo, E. N., Jun, J. S., Lee, K., & Kaddu, M. N. (2020). HIV stigma, resilience and depressive symptoms among older adults living with HIV in rural Namibia. *African Journal of AIDS Research*, 19(3), 198–205.
<https://doi.org/10.2989/16085906.2020.1797841>
- Wei, L., Yan, H., Guo, M. *et al.* (2023). Perceived HIV Stigma, Depressive Symptoms, Self-esteem, and Suicidal Ideation Among People Living with HIV/AIDS in China: a Moderated Mediation Modeling Analysis. *J. Racial and Ethnic Health Disparities* 10(2), 671–679 . <https://doi.org/10.1007/s40615-022-01255-0>
- Dadi, T.L., Tegene, Y., Vollebregt, N. *et al.* (2024). The importance of self-management for better treatment outcomes for HIV patients in a low-income setting: perspectives of HIV experts and service providers. *AIDS Res Ther* 21(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12981-024-00612-9>
- Antabe, R., McIntosh, M., Lawson, E. *et al.* (2023). Black heterosexual men’s resilience in times of HIV adversity: findings from the “weSpeak” study. *BMC Public Health* 23(1), 182 . <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15103-1>

- Guaraldi, G., Milic, J., Barbieri, S., Marchiò, T., Caselgrandi, A., Volpi, S., ... & Mussini, C. (2022). Resilience and frailty in people living with HIV during the COVID era: Two complementary constructs associated with health-related quality of life. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 89(S1), S65-S72. DOI: 10.1097/QAI.0000000000002865
- Rabkin JG, Ferrando SJ, Lin SH, Sewell M, McElhiney M. Psychological effects of HAART: a 2-year study. *Psychosom Med*. 2000 May-Jun;62(3):413-22. doi: 10.1097/00006842-200005000-00015.

Anexos

Cuestionarios

Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Mi nombre es Tomás Manuel Giglio y soy estudiante de la carrera de Psicología en la Universidad Abierta Interamericana. En el marco de mi proyecto de tesis, te invito a colaborar respondiendo las siguientes preguntas.

Descripción del proyecto

El objetivo de esta investigación consiste en explorar la relación entre la resiliencia y la autoestima en adultos residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

Consentimiento informado

Concretamente, la propuesta se basa en la respuesta anónima, confidencial y voluntaria del presente formulario. En cualquier momento usted podrá decidir retirar su participación del estudio y esto no le implicará consecuencia negativa alguna. Toda la información proporcionada será de absoluta confidencialidad y los fines del estudio son puramente académicos y de investigación.

Conforme a lo establecido por la Ley Nacional N° 25.326, no se hará uso de la información individual de modo que permita identificar a alguno/a de los participantes en ninguna publicación de los resultados. Esto último implica que podrían realizarse comunicaciones con congresos científicos y en última instancia publicaciones en revistas científicas y en ningún caso se proporcionará información individual relativa a la identidad de los participantes.

Presionando aceptar, usted acepta su participación y el acceso a los datos proporcionados para los fines mencionados.

¿Acepta usted colaborar con la investigación?	● Sí ● No
---	--

Cuestionario sociodemográfico

Zona de residencia	Ciudad Autónoma de Buenos Aires Provincia de Buenos Aires Otro
Género	Hombre Mujer Otro
Edad (en formato numérico, por ejemplo, 30)	
Nacionalidad	Argentino Otra
Nivel de educación	Sin estudios Primario incompleto Primario completo Secundario incompleto Secundario completo Terciario incompleto Terciario completo Universitario incompleto Universitario completo Posgrado incompleto Posgrado completo
Estado civil	Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Unión libre (o Unión de hecho) Separado/a Otro (para incluir opciones no contempladas)
Ocupación	Estudiante Desempleado/a Amo/a de casa / Trabajo doméstico Empleado/a en relación de dependencia (incluye trabajos en empresas, oficinas, etc.) Trabajador/a independiente (freelance, autónomo, etc.) Profesional (médico/a, abogado/a, ingeniero/a, etc.) Técnico/a (electricista, plomero/a, etc.) Comerciante (dueño/a de tienda, vendedor/a, etc.)

	Obrero/a (trabajos de fábrica, construcción, etc.) Jubilado/a Empleado/a público/a (trabajos en el sector público o gubernamental) Agricultor/a / Ganadero/a
¿Consume usted algún psicofármaco en la actualidad?	Sí No
¿Posee usted alguna enfermedad física o trastorno mental diagnosticado/os?	Sí No

Inventario de autoestima de Rosenberg

A continuación, se le presentan una serie de afirmaciones relativas al sentimiento de satisfacción de usted consigo mismo. Por favor, conteste seleccionando la respuesta que considere correcta considerando la siguiente valoración	Muy de acuerdo (1)	De acuerdo (2)	En desacuerdo (3)	Muy en desacuerdo (4)
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado.				
3. Creo que tengo varias cualidades buenas.				
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí.				
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.				
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.				
8. Desearía valorarme más a mí mismo.				
9. A veces me siento verdaderamente inútil.				
10. A veces pienso que no sirvo para nada.				

Inventario de Resiliencia de Connor y Davidson

CD-RISC Escala de Resiliencia Connor-Davidson

K.M.Connor y J.R.Davidson, 2003
Adaptación española Crespo, Fernández-Lansac y Soberon, (2014)

Instrucciones:

A continuación, se le presentan algunas frases relacionadas con aspectos relacionados con algunas formas de ser, pensar o sentir de las personas.

Lea atentamente cada una de estas afirmaciones y decida que tan parecida o tan distinta de acuerdo con cómo ha sido UD. durante el último mes.

No hay respuestas buenas ni malas, pues cada uno tiene su forma propia de pensar, sentir y comportarse.

Para ello, tenga en cuenta la siguiente valoración:

0	1	2	3	4
No verdadero	Raramente verdadero	A veces verdadero	A menudo verdadero	Cierto casi todo el tiempo

Original	CD-RISC Escala de Resiliencia Connor-Davidson	No verdadero	Raramente Verdadero	A Veces Verdadero	A menudo Verdadero	Cierto casi todo el tiempo
1	1. Soy capaz de adaptarme a los cambios	0	1	2	3	4
2	2. Tengo relaciones cercanas y seguras	0	1	2	3	4
3	3. A veces el destino o Dios pueden ayudar	0	1	2	3	4
4	4. Puedo afrontar lo que venga	0	1	2	3	4
5	5. Los éxitos pasados dan confianza para los nuevos retos	0	1	2	3	4
6	6. Veo el lado divertido de las cosas	0	1	2	3	4
7	7. Hacer frente al estrés fortalece	0	1	2	3	4
8	8. Tiendo a recuperarme tras una enfermedad o una dificultad	0	1	2	3	4
9	9. Las cosas ocurren por una razón	0	1	2	3	4
10	10. Sea como sea, doy lo mejor de mí	0	1	2	3	4
11	11. Puedes alcanzar tus objetivos	0	1	2	3	4
12	12. Cuando las cosas parecen desesperadas, no me rindo	0	1	2	3	4
13	13. Sé a quién acudir para buscar ayuda	0	1	2	3	4
14	14. Bajo presión, me centro y pienso con claridad	0	1	2	3	4
15	15. Prefiero tomar el mando en la solución de problemas	0	1	2	3	4
16	16. No me desanimo fácilmente por los fallos	0	1	2	3	4
17	17. Pienso en mí mismo como una persona fuerte	0	1	2	3	4
18	18. Tomo decisiones impopulares o difíciles	0	1	2	3	4
19	19. Puedo manejar sentimientos desagradables	0	1	2	3	4
20	20. Tengo que actuar por corazonadas	0	1	2	3	4
21	21. Las cosas que hago tienen un sentido	0	1	2	3	4
22	22. Tengo el control de mi vida	0	1	2	3	4
23	23. Me gustan los retos	0	1	2	3	4
24	24. Trabajas para conseguir tus objetivos	0	1	2	3	4
25	25. Estoy orgulloso de mis logros	0	1	2	3	4