

UNIVERSIDAD DE GRANADA  
CENTRO DE INVESTIGACIÓN MENTE, CEREBRO Y COMPORTAMIENTO



Programa Oficial de Doctorado en Psicología con Mención hacia la Excelencia

TESIS DOCTORAL

**AUTOEFICACIA, CONOCIMIENTO, RESILIENCIA Y  
PREOCUPACIÓN POR EL VIH/sida: DIFERENCIAS ENTRE  
INFECTADOS Y NO INFECTADOS POR EL VIH**

Presentado por:

**Ludgleydson Fernandes de Araújo**

Dirigida por:

**Dra. María de Paz Bermúdez Sánchez**

Universidad de Granada (España)

**Dra. Inmaculada Teva Álvarez**

Universidad de Granada (España)

Granada, 2014

Editor: Editorial de la Universidad de Granada  
Autor: Ludgleydson Fernandes de Araújo  
D.L.: GR 262-2015  
ISBN: 978-84-9083-287-5



La Dra. María de la Paz Bermúdez Sánchez, Profesora Titular de la Universidad de Granada (España) y la Dra. Inmaculada Teva Álvarez, Profesora Contratada Doctora de la Universidad de Granada (España).

INFORMAN QUE,

El doctorando Ludgleydson Fernandes de Araújo y sus directoras de la tesis, la Dra. María de la Paz Bermúdez Sánchez y la Dra. Inmaculada Teva Álvarez, garantizamos, al firmar esta tesis doctoral titulada **Autoeficacia, conocimiento, resiliencia y preocupación por el VIH/sida: diferencias entre infectados y no infectados por el VIH**, que el trabajo ha sido realizado por el doctorando bajo la dirección de las directoras de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones. Asimismo, el trabajo reúne todos los requisitos de contenidos, teóricos y metodológicos para ser admitido a trámite, a su lectura y defensa pública, con el fin de obtener el referido Título de Doctor, y por lo tanto se autoriza la presentación de la referida Tesis para su defensa y mantenimiento de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 99/2011, de 28 enero.

Granada a 30 de Septiembre de 2014

Fdo.: Dra. Maria de la Paz Bermúdez Sánchez

Fdo.: Dra. Inmaculada Teva Álvarez

Fdo.: D. Ludgleydson Fernandes de Araújo



Esta Tesis Doctoral ha sido realizada gracias al apoyo financiero de la Unión Europea y de la Universidad de Granada con la beca Erasmus Mundus (*Mobility Network Europe-Southamerica: an Institutional Approach - MONESIA*) concedida a D. Ludgleydson Fernandes de Araújo.



-----*Aos meus pais, pelo amor incondicional*-----



## Agradecimientos

Me gustaría transmitir mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han hecho posible la realización de esta Tesis Doctoral:

A mis directoras de la tesis, Dra. María de la Paz Bermúdez y Dra. Inmaculada Teva. Cada una a su modo ha tratado un aspecto esencial de la tesis, sin los que este trabajo nunca habría tenido éxito. A Maripaz, por darme la oportunidad de trabajar con ella cuando todavía estaba en Brasil, por su gran generosidad, dedicación y profesionalidad en el trabajo científico. A Inma, por su gran entusiasmo, paciencia y el enorme ánimo que me ha infundido. He aprendido cosas que conservaré toda mi vida.

Me gustaría agradecer al Dr. Luca Pietrantoni de la Universidad de Bologna (Italia) por la oportunidad de aprendizaje en su grupo de investigación durante mi estancia de mi tesis doctoral.

Me gustaría agradecer el apoyo financiero de la Unión Europea y de la Universidad de Granada con la beca Erasmus Mundus (*Mobility Network Europe-Southamerica: an Institutional Approach - MONESIA*).

A Universidade Federal do Piauí (Campus Ministro Reis Velloso, Parnaíba-PI, Brasil), pelo apoio e oportunidade a mim dispensado no meu doutorado e aos professores colegas de Departamento, meus sinceros agradecimentos pela Vossa compreensão.

Me gustaría agradecer a los Profesores Dr. Bernardino Fernández-Calvo de la Universidade Federal do Rio Grande Norte (Brasil) y al Dr. Pablo Vallejo-Medina de la Fundación Universidad Konrad Lorenz (Colombia) que han elaborado los informes de esta tesis doctoral.

Al Dr. José Hernández-Quiero del Hospital Universitario San Cecilio, que me han apoyado de forma desinteresada a lo largo de esta andadura.

A Antonio Ortega Reyes, por ser un verdadero compañero y entusiasta de este trabajo.

A todos los participantes, que de forma anónima y voluntaria han contribuido en esta Tesis Doctoral.

A mis compañeras del grupo de investigación: María Teresa Ramiro Sánchez y Tamara Ramiro Sánchez por la convivencia diaria, muchas gracias.

A minha família, de forma especial ao meu pai Luiz Delfino e minha mãe Maria de Fátima Fernandes (*in memoriam*) a quem eu dedico tudo de êxito e sucesso na minha vida pessoal e profissional, vocês são a maior constatação de um amor incondicional. Aos meus irmãos Ludenilson e Ludeneide, meus sobrinhos Anna Clara, Denilson e Luizinho, minha filha Ana Cléia, minha vida é bem melhor com a presença de vocês, meu muito obrigado!

A todos vosotros, y a los olvidados, ha sido un enorme placer, muchas gracias.



## Índice

Resumen.....	1
Summary.....	9
Introducción.....	17
Objetivos.....	25
Estudio 1. Resiliencia en adultos: una revisión sistemática.....	29
Resumen.....	31
Introducción.....	33
Metodología.....	36
Resultados.....	38
Discusión.....	53
Referencias.....	56
Anexo.....	69
Estudio 2. Análisis de la resiliencia en pacientes con VIH y su relación con variables sociodemográficas y de conducta sexual.....	121
Resumen.....	123
Introducción.....	125
Metodología.....	127
Resultados.....	132
Discusión.....	140
Referencias.....	143
Estudio 3. Preocupación por las infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH y embarazo, conocimiento sobre las ITS/VIH, autoeficacia para rechazar relaciones	

sexuales, resiliencia y conductas sexuales de riesgo: análisis comparativo entre pacientes con VIH y la población general.....	147
Resumen.....	149
Introducción.....	151
Metodología.....	153
Resultados.....	159
Discusión.....	171
Referencias.....	174
 Estudio 4. Variables psicológicas y sociodemográficas asociadas con la conducta sexual de riesgo para las infecciones de transmisión sexual (ITS)/VIH.....	179
Resumen.....	181
Introducción.....	183
Metodología.....	184
Resultados.....	188
Discusión.....	198
Referencias.....	202
 Estudio 5. Conocimiento y preocupación sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS)/VIH y variables sociodemográficas asociadas con hacerse la prueba del VIH en la población general.....	205
Resumen.....	207
Introducción.....	209
Metodología.....	211
Resultados.....	215
Discusión.....	221

Referencias.....	224
Discusión.....	229
Conclusiones.....	245
Conclusions.....	251
Referencias Bibliográficas.....	257







## RESUMEN



## Resumen

La expansión de la terapia antirretroviral ha supuesto una mejora en la situación inmunológica de las personas con el VIH, lo cual ha generado grandes descensos de la morbi-mortalidad por sida y ha mejorado la calidad de vida de los afectados. Sin embargo, la población adulta es un grupo ascendente en los nuevos diagnósticos de infección por el VIH debido a la emisión de conductas sexuales de riesgo, entre las que destacan no usar el preservativo, las relaciones sexuales con múltiples parejas y una edad de inicio temprano en las relaciones sexuales, lo cual contribuye a los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida el VIH. Por ello, en los últimos años se han realizado grandes esfuerzos por parte de los gestores públicos en salud, para la elaboración de medidas de prevención de las ITS y el VIH. A pesar de las intervenciones implementadas para disminuir las tasas de estas infecciones, existe una escasez de estudios publicados llevados a cabo en el contexto español comparando pacientes con VIH con la población general respecto a variables cognitivas (conocimiento sobre el ITS/VIH, preocupación por las ITS/VIH y el embarazo, autoeficacia para rechazar relaciones sexuales y resiliencia) y su relación con las conductas sexuales de riesgo.

En este contexto, la presente tesis doctoral tiene como objetivo general evaluar y comparar las variables cognitivas y su relación con las conductas sexuales de riesgo (vaginales y anales) en personas infectadas por el VIH y no infectadas de la población general. Para lograr dicho objetivo, deben identificarse en primer lugar las principales conductas sexuales de riesgo en ambos grupos, y una posterior relación con los perfiles sociodemográficos. En segundo lugar, se evalúan qué variables cognitivas predicen estas situaciones comportamentales de riesgo para las ITS/VIH. Así, se han llevado a cabo cinco estudios. En el primero de ellos, se realiza una revisión bibliográfica sobre

los estudios publicados sobre resiliencia en adultos. En el segundo, se evalúa las conductas sexuales y la resiliencia en pacientes con VIH. En el tercer estudio se compara los dos grupos (población general y pacientes con VIH) en las variables cognitivas (conocimiento sobre el ITS/VIH, preocupación por las ITS/VIH y el embarazo, autoeficacia para rechazar relaciones sexuales y resiliencia) y en las conductas sexuales de riesgo. En el cuarto estudio se evalúa las variables cognitivas y su relación con las conductas sexuales de riesgo en la población general. Por último, en el quinto estudio, se analiza si las variables sociodemográficas, el conocimiento sobre las ITS/VIH y la preocupación por las ITS/VIH predicen no hacerse la prueba del VIH con los participantes de la población general. A continuación, se expone a modo de resumen el objetivo, metodología, resultados y conclusiones de cada uno de los estudios que componen esta tesis doctoral.

### ***Estudio 1.*** Resiliencia en adultos: una revisión sistemática.

El objetivo de este estudio es realizar una revisión teórica entre los años 2000 y 2011 sobre la resiliencia en adultos. Se trata de un estudio teórico. Para ello, se realizó una búsqueda de artículos en las bases de datos *Scopus*, *PsycInfo*, *Psicodoc*, *Web of Science* y *Dialnet* y en los sumarios *ISOC* (Ciencias Sociales y Humanidades). En total, se localizaron 412 artículos que cumplieron los criterios de inclusión establecidos. Se concluye que en los estudios publicados entre los años 2000 y 2011 sobre resiliencia en personas adultas prevalecen las publicaciones con diseño transversal, publicadas en lengua inglesa, de tipo cuantitativo, con muestra estadounidenses y relacionando la resiliencia con los trastornos psicopatológicos. Se hace énfasis en la necesidad de incluir la resiliencia en programas educativos en salud para mejorar las formas de afrontamiento en el contexto del riesgo y la adversidad.

**Estudio 2.** Análisis de la resiliencia en pacientes con VIH y su relación con variables sociodemográficas y de conducta sexual.

El objetivo principal de este estudio *ex post facto* fue evaluar la resiliencia en pacientes con VIH y su relación con variables sociodemográficas y de conducta sexual. Participaron 159 pacientes con VIH, de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 19 y los 55 años. El 51% de los pacientes se infectó a través de la vía homosexual. El 67% se encontraba en fase asintomática de la infección. Se empleó como instrumentos de evaluación: un cuestionario sobre datos sociodemográficos y conducta sexual y la escala de resiliencia Connor-Davidson. La evaluación fue individual, voluntaria y anónima. Los resultados mostraron que el 49,05% de los pacientes tenía una resiliencia media, el 27,68% resiliencia alta y el 23,37% resiliencia baja. Se halló que los pacientes infectados por el VIH heterosexuales, los diagnosticados entre 1985-1990 (23 y 28 años de diagnóstico) y los que habían revelado su condición de seropositivo a más de 30 personas tenían una mayor resiliencia que los pacientes homosexuales, los diagnosticados entre 1996 y 2000 (13 y 17 años de diagnóstico) y los que habían revelado su seropositividad a 1-5 personas. Por último, la resiliencia no ha sido un factor predictor de las conductas sexuales de riesgo. Se sugiere que las intervenciones en salud tengan en cuenta la resiliencia como variable psicológica que puede ser beneficiosa para mejorar el afrontamiento de la enfermedad.

**Estudio 3.** Preocupación por las infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH y embarazo, conocimiento sobre las ITS/VIH, autoeficacia para rechazar relaciones sexuales, resiliencia y conductas sexuales de riesgo: análisis comparativo entre pacientes con VIH y la población general.

El presente estudio tiene como objetivo comparar a un grupo de pacientes con VIH con la población general en variables cognitivas (el conocimiento sobre las ITS y el VIH, la preocupación por las ITS/VIH y el embarazo, la autoeficacia para rechazar relaciones sexuales y la resiliencia) y de conducta sexual. La muestra estaba compuesta por 318 jóvenes y adultos, de ambos sexos, 159 eran de la población general y 159 eran pacientes con VIH. Se trata de un estudio descriptivo de poblaciones mediante encuestas de tipo transversal. Los pacientes con VIH tenían mayores puntuaciones en los constructos psicológicos evaluados (preocupación por VIH, por ITS, por embarazo y conocimiento sobre las ITS/VIH) en comparación con el grupo de participantes de la población general. Los participantes de la población general comenzaron las relaciones sexuales anales a una edad más temprana que los pacientes con VIH. Por otro lado, los pacientes con VIH tenían una edad más temprana de inicio en el sexo vaginal y un mayor número de parejas con las que habían practicado sexo anal a lo largo de la vida. Por último, se han puesto de manifiesto diferencias en las conductas sexuales en función de los niveles en las variables cognitivas (preocupación por las ITS, por el VIH y por el embarazo y resiliencia). Se espera que los programas de promoción de la salud sexual tengan en cuenta la utilidad de las variables cognitivas en la prevención de las ITS/VIH.

***Estudio 4.*** Variables psicológicas y sociodemográficas asociadas con la conducta sexual de riesgo para las infecciones de transmisión sexual (ITS)/VIH.

El objetivo principal es analizar si el conocimiento sobre las ITS/VIH, la preocupación por las ITS/VIH y el embarazo y la autoeficacia para rechazar relaciones sexuales son predictoras de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes y adultos españoles. Participaron 1.106 jóvenes y adultos de ambos sexos, entre los 17 y los 55 años. Los resultados mostraron que ser soltero, homosexual, haberse hecho la prueba

del VIH, haber tenido una ITS, tener estudios universitarios e ingresos económicos mensuales de 900 a más de 1.200 euros tenían las puntuaciones más altas en el conocimiento sobre el ITS/VIH. La autoeficacia predijo gran parte de las conductas sexuales vaginales y anales (la edad de inicio del sexo vaginal y anal y el número de parejas con las que se ha mantenido sexo vaginal). Además, se halló que a mayor conocimiento sobre ITS/VIH, mayor edad de inicio del sexo vaginal y mayor uso del preservativo en la primera relación sexual vaginal. Se espera que estos resultados sean útiles para el desarrollo de programas de prevención de ITS/VIH.

***Estudio 5.*** Conocimiento y preocupación sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS)/VIH y variables sociodemográficas asociadas con hacerse la prueba del VIH en la población general.

Los objetivos de este estudio eran evaluar la prevalencia de personas que alguna vez se han hecho la prueba del VIH; analizar en el grupo de personas que nunca se ha hecho la prueba del VIH, los motivos por los cuales no se la ha hecho; identificar en el grupo de personas que está pensando hacerse la prueba del VIH, cuándo piensan hacérsela; analizar si las variables sociodemográficas, el conocimiento sobre las ITS/VIH y la preocupación por las ITS/VIH predicen no hacerse la prueba del VIH. La muestra estaba compuesta por 1.106 participantes de la población general, 60% mujeres y 40% varones, de edades comprendidas entre los 17 y los 55 años. Los instrumentos de evaluación fueron: un cuestionario sobre aspectos sociodemográficos y de realización de la prueba del VIH, una escala de conocimiento sobre las ITS y el VIH/sida y una escala de preocupación por las ITS/VIH. Se halló que la mayoría de los participantes no se había realizado la prueba del VIH. La mayoría estaba bastante segura de que no tenía

el VIH. Tener entre 17 y 29 años y ser heterosexual incrementaban las probabilidades de no hacerse la prueba del VIH. Por otro lado, a mayor conocimiento y preocupación por las ITS/VIH, mayor probabilidad de hacerse la prueba del VIH. Se sugiere la necesidad de promover la realización de la prueba del VIH en la población general y tener en cuenta para ello las características sociodemográficas y psicológicas de la población general.

**SUMMARY**



## Summary

The wider availability of antiretroviral treatment has brought about an improvement in the immunological situation of HIV-positive individuals, which in turn has led to significant reductions in AIDS-related morbidity and mortality and better quality of life for patients. However, the rate of diagnosis of new cases of HIV amongst the adult population is on the increase due to high-risk sexual behaviour practices, particularly not using condoms, sexual relations with a large number of partners and starting sexual relations at a younger age, with the resultant unwanted pregnancies and sexually transmitted diseases (STDs), including HIV. For this reason, public health managers have invested considerable effort in recent years in creating STD and HIV prevention programmes. Yet in spite of the implementation of measures for reducing rates of infection, few studies have been published in Spain comparing HIV patients with the general population as regards cognitive variables (awareness of STDs/HIV, worry about STDs/HIV and pregnancy, self-efficacy in refraining from sexual relations and resilience) and the link between these variables and high-risk sexual behaviour.

In this context, the general objective of this doctoral thesis is to assess and compare cognitive variables and their link to high-risk sexual behaviour (vaginal and anal) in HIV-positive and HIV-negative individuals in the general population. In order to meet this objective, we must first identify the main high-risk sexual behaviour practices in both groups, and then examine their link to socio-demographic profiles. We subsequently assess which cognitive variables predict sexual behaviour which is high risk for STDs/HIV. Five studies have been carried out for this purpose. The first is a review of the literature on published studies regarding resilience amongst adults. The second assesses sexual behaviour and resilience in HIV-positive patients. The third compares the two groups (general population and HIV-positive population) in terms of

cognitive variables (awareness of STDs/HIV, worry about STDs/HIV and pregnancy, self-efficacy in refraining from sexual relations and resilience) and high-risk sexual behaviour. The fourth assesses cognitive variables and their link to high-risk sexual behaviour in the general population. Lastly, the fifth assesses socio-demographic variables, awareness of STDs/HIV and worry about STDs/HIV being predictors of not taking an HIV test among general population study participants. Set out in summarised form below are the objectives, methodology, results and conclusions for each of the studies included in this doctoral thesis.

***Study 1.*** Resilience among adults: a systematic review.

The objective of this study is to make a theoretical review on resilience in adults between the year 2000 and 2011. A search of papers published in the databases Scopus, PsycInfo, Psycodoc, Web of Science and summaries Dialnet and ISOC (Social Sciences and Humanities) was performed. In total, 418 items were found that met the inclusion criteria. We conclude that in the studies published between 200 and 2011 on resilience in adults prevail cross-sectional studies, published in English, quantitative, and using samples from USA. Resilience is related psychological disorders. It is emphasized the need to include resilience in health education programs to improve ways of coping in the context of risk and adversity.

***Study 2.*** Analysis of resilience among HIV-positive patients and its link to socio-demographic variables and sexual behaviour.

The main objective of this study was to evaluate ex post facto resilience in HIV patients and its relationship to sociodemographic and sexual behavior variables.

Participants included 159 HIV patients, of both sexes, aged between 19 and 55 years. 51% of patients were infected through homosexual means. 67% were in the asymptomatic phase of infection. It was used as assessment instruments: a questionnaire on sociodemographic data and sexual behavior and scale of Connor-Davidson resilience. The evaluation was individual, voluntary and anonymous. The results showed that 49.05% of patients had a mean resilience, high resilience 27.68% and 23.37% low resilience. They found that patients infected heterosexual HIV, diagnosed between 1985-1990 (23 and 28 years of diagnosis) and those who had disclosed their HIV status to more than 30 people had greater resilience homosexual patients, diagnosed between 1996 and 2000 (13 and 17 years of diagnosis) and those who had disclosed their HIV status to 1-5 people. Finally, resilience was not a predictor of sexual risk factor. It is suggested that health interventions take into account the resilience and psychological variable that may be beneficial to improve coping with the disease.

**Study 3.** Worry about sexually transmitted diseases (STDs), HIV and pregnancy, awareness of STDs/HIV, self-efficacy to refuse sex,, resilience and high-risk sexual behaviour: a comparative analysis of HIV-positive patients and the general population.

The aim of this study was to compare a group of patients with HIV outgroup of the general population in cognitive variables (knowledge about Sexually Transmitted Infections [STIs] and HIV, concern about STD/HIV and pregnancy, self-efficacy to refuse sex and resilience) and sexual behavior. The sample consisted of 318 young adults of both sexes, 159 were from the general population and 159 were HIV patients. This is a descriptive study of populations through cross-sectional surveys. HIV patients had higher scores concern for HIV/AIDS, STI, pregnancy and knowledge about

STIs/HIV compared with the general population. Participants from the general population began anal sex at a younger age than patients with HIV. Furthermore, HIV patients had an earlier age of first vaginal sex and a greater number of partners they had had anal sex throughout life. Finally, we have shown differences in sexual behavior according to levels of cognitive variables (worry about STIs, HIV and pregnancy and resilience). It is expected that programs promoting sexual health take into account the usefulness of cognitive variables in the prevention of STI/HIV.

**Study 4.** Psychological and sociodemographic variables associated with sexual risk behavior for sexually transmitted diseases (STDs)/HIV transmission.

New diagnoses of sexually transmitted infections (STIs) and HIV are rising in the adult population. The main objective of this study was to analyze whether knowledge of STIs/HIV, worry about STIs/HIV and pregnancy, and self-efficacy to refuse sex are predictors of sexual risk behaviors among Spanish young and adults. The study sample was composed of 1,106 young and adults of both sexes aged between 17 and 55 years. Results showed that being single, homosexual, having been tested for HIV, having previously contracted an STI, having a college education and earning a monthly income of €900 or more were the characteristics associated with higher scores in knowledge of STIs/HIV. Self-efficacy to refuse sex predicted most vaginal and anal sexual behaviors (i.e., age at vaginal and anal sex initiation and the number of couples that have remained vaginal sex). We also found that participants with greater knowledge of STIs/HIV reported older age at vaginal sex initiation and higher condom use in the first vaginal sexual contact. We consider that these findings can be useful for the development of STI/HIV prevention programs.

**Study 5.** Among the general population, awareness of and worry about sexually transmitted diseases (STDs)/HIV and socio-demographic variables associated with having an HIV test.

The objectives of this study were to assess the prevalence of people who have ever been tested for HIV; analyzed in the group of people who have never been tested for HIV, the reasons for which it does not made; identify in the group of people who are thinking of getting tested for HIV when they think made it; examine whether sociodemographic variables, knowledge about STIs/HIV and concern about STIs/HIV predict not get tested for HIV. The sample consisted of 1,106 participants from the general population, 60% female and 40% male, aged between 17 and 55 years. assessment instruments were a questionnaire on sociodemographic and conducting HIV testing, a scale of knowledge about STIs and HIV/AIDS and a range of concerns about STIs/HIV. It was found that most of the participants had not been tested for HIV. Most were pretty sure it was not HIV. Be between 17 and 29 years old and heterosexual increase chances of not getting tested for HIV. On the other hand, the greater awareness and concern about STIs/HIV, more likely to get tested for HIV. The need to promote the implementation of HIV testing in the general population and take into the account the sociodemographic and psychological characteristics of the general population is suggested.



## INTRODUCCIÓN



## Introducción

Entre los principales problemas de salud pública a nivel mundial, destacan las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH (Dair, Alonso, Cruz, Barbé y García, 2014), de modo que tener una ITS puede aumentar la susceptibilidad para la infección por el VIH (Corey, Wald, Celum y Quinn, 2004). En el mundo se produjeron alrededor de 2,1 millones de infecciones por el VIH en el año 2013, ascendiendo a 35,3 millones el número de personas infectadas (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA], 2014).

En España, se notificaron 3.210 nuevos diagnósticos de VIH en el año 2012, la mayoría en varones (el 85%), con una media de edad de 36 años. Respecto a las vías de transmisión, el 51% se produjo entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, el 31% en los heterosexuales y el 5% en los usuarios de drogas inyectables (Plan Nacional sobre el SIDA, 2013).

El diagnóstico precoz del VIH resulta esencial, constituyendo la vía de acceso a los servicios de apoyo, de atención, de tratamiento y de prevención (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012); de ahí la importancia de realizarse la prueba de detección del VIH. Se pone de manifiesto que el estigma, la discriminación, la espera y las distancias de desplazamiento a los centros de salud (ONUSIDA, 2014), así como preferir no saber el estado serológico y la baja percepción de los beneficios del diagnóstico (De Wit y Adam, 2008) son algunas de las barreras que tienen las personas para realizarse la prueba del VIH.

Es especialmente preocupante que el 48% de los nuevos diagnósticos de VIH en España sean tardíos (Plan Nacional sobre el SIDA, 2013). Se destaca que únicamente el 30% de la población española se ha hecho alguna vez la prueba para la detección del

VIH (Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida [SEISIDA], 2012). En otros estudios se corroboran estos resultados, evidenciando unas tasas bajas de realización de la prueba del VIH en la población española (Cuesta et al., 2012; Gorostiza, Landache y Izagirre, 2013), por lo que resultan necesarias investigaciones al respecto.

Desde la aparición del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) los pacientes con VIH han experimentado un incremento de su calidad de vida, de modo que hoy día la infección por VIH es considerada como una enfermedad crónica gracias al desarrollo de dichos tratamientos (OMS, 2013). De esta manera, la expansión y el acceso temprano al tratamiento con los antirretrovirales han disminuido el número de muertes y han prevenido nuevas infecciones por VIH.

A pesar de los avances en el diagnóstico, en el tratamiento y en la prevención de la infección por VIH, sin embargo, las personas con VIH y la población general continúan siendo poblaciones que requieren atención para prevenir futuras infecciones por el VIH y otras ITS, siendo necesario estudiar factores psicosociales asociados a las conductas sexuales de riesgo que se hace presente en las investigaciones (e. g., Teva, Bermúdez, Ramiro y Ramiro-Sánchez, 2013).

Algunas conductas sexuales de riesgo son las relaciones sexuales sin el empleo del preservativo, tener múltiples parejas sexuales y una edad de inicio temprano en las relaciones sexuales, lo cual contribuye a los embarazos no deseados y las ITS, incluida la infección por VIH (Teva et al., 2013). En estudios recientes se han analizado algunas conductas sexuales de riesgo entre infectados por VIH y no infectados y se ha puesto de manifiesto que los pacientes con VIH tenían una menor edad en su debut sexual anal en comparación con los no infectados (Lyons et al., 2012), los varones que tienen sexo con los varones seropositivos emplearon más el preservativo en las últimas relaciones sexuales en comparación con los no infectados (Galbraith, Romine, Zhang y Herbst, 20

2013) y las mujeres seropositivas han tenido un mayor número de parejas sexuales que las no infectadas (Dartell et al., 2013). Existen, por tanto, diferencias en las conductas sexuales de las personas que padecen el VIH y las que no, por lo que sería preciso analizar variables psicosociales que pudieran estar a la base de dichas diferencias y que pudieran ser útiles para la prevención de futuras infecciones.

Se puede mencionar una gran variedad de modelos teóricos de cambio de conducta para la prevención del VIH (Musiimenta, 2012). Los investigadores han utilizado en sus intervenciones los modelos y/o teorías de mayor influencia en la prevención del VIH, tales como: el Modelo de Creencias sobre la Salud (Rosenstock, 1966), la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1977), la Teoría Social Cognitiva (Bandura, 1989) y el Modelo Transteórico (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992). Estos modelos y teorías comparten algunas características, en el sentido de que ponen de relieve las variables psicológicas en la prevención de la infección por VIH (Montijo et al., 2006).

Ante estas circunstancias, los resultados de los intentos para disminuir la epidemia por la infección por VIH en el mundo han puesto de manifiesto que no se trata únicamente de usar el preservativo y/o adherirse a los tratamientos antirretrovirales (Kaufman, Cornish, Zimmerman y Johnson, 2014). Más bien, hay que tener en cuenta que el contexto de la infección por VIH implica conductas complejas influenciadas por múltiples factores, desde el conocimiento de una persona sobre la enfermedad, las actitudes, las emociones y la percepción de riesgo, hasta la dinámica de poder entre las parejas, el acceso a los servicios sanitarios, las desigualdades socioeconómicas, la criminalización de las personas en proceso de vulnerabilidad, así como las políticas de salud prioritarias para disminuir la infección por VIH, entre otros (Campbell y Cornish, 2010; Kaufman et al., 2014; Seeley et al., 2012).

Entre las variables cognitivas que influyen sobre la emisión o no de conductas sexuales de riesgo encontramos la preocupación por las ITS, el VIH y el embarazo, que se entiende como la sensación de inquietud, miedo, intranquilidad, temor o angustia ante la posibilidad de estar infectado por el VIH, tener una ITS o un embarazo no deseado (Crosby et al., 2000; Sales, Milhausen, Spitalnick y DiClemente, 2013). Dado que la exposición a la situación de riesgo sexual modula la preocupación (Ramiro, Bermúdez y Buena-Casal, 2014; Sales et al., 2009; Traeen y Gravgingen, 2011), de modo que las situaciones sexuales de riesgo contribuirían a que la persona esté más preocupada por infectarse por el VIH y/u otras ITS. En esta línea, se ha concluido entre los no infectados que un porcentaje elevado (43%) se sentía poco preocupado de infectarse por el VIH (Mosteyrín, Acebrón, Mosteyrín y Guerrero, 2014). Además, se ha hallado que entre los que tenían una baja preocupación por el VIH, el 60% reveló indiferencia hacia el VIH (Balán et al., 2013), lo cual podría influir en que la persona emita conductas sexuales de riesgo. Por otra parte, se ha hallado en población no infectada por el VIH que solamente el 28% estaba preocupado por la posibilidad de haberse infectado por ITS/VIH y el 29,40% estaba seguro de que había tenido una relación sexual de riesgo (Arnal, Llario, García y Palomino, 2009). En un estudio previo se concluyó que la preocupación por el embarazo estaba correlacionada positivamente con las conductas sexuales vaginales de riesgo (Sales et al., 2013). Se destaca que no se conocen estudios donde se compare a pacientes infectados por el VIH con población no infectada en relación a la preocupación.

Otra variable psicológica relevante es el conocimiento sobre el VIH/sida, que se entiende como la información que las personas tienen sobre la prevención, infección, causas y consecuencias del VIH y las infecciones de transmisión sexual (Sikkema et al., 2000). Se ha concluido que las personas infectadas por VIH tenían un conocimiento

limitado de la transmisión del VIH en comparación con los no infectados (Hong et al., 2012). Sin embargo, Meena, Pandey, Rai, Bharty y Sunder (2013) indican que los seropositivos tienen un mayor conocimiento sobre el VIH/sida que los participantes de la población general. La existencia de resultados contradictorios implica la necesidad de continuar investigando acerca de las asociaciones entre el conocimiento sobre las ITS/VIH y la condición de estar diagnosticado o no de la infección por VIH.

En relación a la autoeficacia para rechazar relaciones sexuales, se ha establecido que constituye una variable importante para prevenir conductas sexuales de riesgo (Voisin, Hotton, Tan y DiClemente, 2013). Seth et al. (2009), han definido esta variable como la percepción individual sobre la propia capacidad para negarse a tener relaciones sexuales de riesgo. Voisin et al. (2013) llegan a la conclusión de que una alta autoeficacia para rechazar las relaciones sexuales constituye un factor protector de conductas sexuales de riesgo como es tener múltiples parejas sexuales casuales y simultáneas. Por su parte, Voisin, Tan y DiClemente (2013), muestran entre no infectados por VIH con una baja autoeficacia para rechazar las relaciones sexuales que éstos presentaban una baja comunicación con la pareja y negociación respecto al uso del preservativo. Además, Viseskul, Fongkaew, Settheekul y Grimes (2013) concluyeron que una mayor autoeficacia sexual se asocia de forma negativa con tener múltiples parejas entre los seropositivos. No se encontraron publicaciones previas en que se compare la autoeficacia para rechazar las relaciones sexuales entre pacientes con VIH y la población general.

Por último, se tiene en cuenta la resiliencia. Se ha definido como los patrones de adaptación positiva en el contexto del riesgo y la adversidad (Liebenberg y Ungar, 2009; Masten y Cicchetti, 2012; Rutter, 2006), de modo que la resiliencia es una variable que está mediada por factores individuales, familiares y sociales para la

superación de las situaciones desfavorables (Cameron, Ungar y Liebenberg, 2007; Masten y Tellegen, 2012) y la capacidad de reaccionar positivamente a los eventos adversos y traumáticos (Orton, Griffiths, Green y Waterman, 2012).

Concretamente, para que la resiliencia tenga lugar es preciso que la persona se exponga a situaciones difíciles, amenazantes para su salud física y/o psicológica (De Santis, Florom-Smith, Vermeesch, Barroso y DeLeon, 2013). La infección por VIH, supone la vivencia de una serie de acontecimientos con importantes repercusiones a nivel físico y psicológico que la persona tiene que afrontar (Carvalho, Morais, Koller y Piccinini, 2007). Se ha establecido que a mayor resiliencia, mayor percepción de la calidad de vida y menor angustia psicológica entre pacientes infectados por VIH (e. g., Faber, Shwartz, Schaper, Moonen y Mcdaniel, 2000). Así, la resiliencia se asocia de forma positiva con un mayor afrontamiento cognitivo, bienestar y aceptación de la condición de VIH (Munro y Edward, 2008; Orton et al., 2012). A pesar de la importancia del estudio de la resiliencia entre las personas infectadas por VIH, las investigaciones al respecto son escasas (De Santis et al., 2013).

Dada la necesidad de estudios donde se identifiquen la relación entre las variables cognitivas y las conductas sexuales de riesgo entre infectados y no infectados por VIH, su análisis sería de interés para aportar información de utilidad en la prevención del VIH y otras ITS. A partir de lo comentado con anterioridad, la presente tesis doctoral tiene como objetivo general comparar a un grupo de pacientes con VIH con otro de la población general en variables cognitivas (el conocimiento sobre el ITS/VIH, la preocupación por las ITS/VIH y el embarazo, la autoeficacia para rechazar relaciones sexuales y la resiliencia) y en las conductas sexuales de riesgo (vaginales y anales). A continuación se presentan los objetivos específicos.

## **OBJETIVOS**



## Objetivos

Objetivo general: Evaluar y comparar a pacientes con VIH y la población general en conocimiento sobre las ITS/VIH, autoeficacia para rechazar relaciones sexuales, preocupación por el embarazo, por las ITS y el VIH, resiliencia y conductas sexuales de riesgo para la infección por el VIH y otras ITS.

Objetivos específicos:

*Estudio 1:* Realizar una revisión teórica entre los años 2000 y 2011 sobre la resiliencia en adultos.

*Estudio 2:* Evaluar la resiliencia en pacientes con VIH y su relación con variables sociodemográficas y de conducta sexual.

*Estudio 3:* Comparar a un grupo de pacientes con VIH con otro grupo de la población general en variables cognitivas (conocimiento sobre las Infecciones de Transmisión Sexual [ITS] y el VIH, preocupación por las ITS/VIH y el embarazo, autoeficacia para rechazar relaciones sexuales y resiliencia) y de conducta sexual.

*Estudio 4:* Analizar si el conocimiento sobre las ITS/VIH, la preocupación por las ITS/VIH y el embarazo y la autoeficacia para rechazar relaciones sexuales son predictoras de las conductas sexuales de riesgo en la población general.

*Estudio 5:* Evaluar la prevalencia de personas que alguna vez se ha hecho la prueba del VIH; analizar en el grupo de personas que nunca se ha hecho la prueba del VIH, los motivos por los cuales no se la ha hecho; identificar en el grupo de personas que está pensando hacerse la prueba del VIH, cuándo piensan hacérsela; analizar si las variables sociodemográficas, el conocimiento sobre las ITS/VIH y la preocupación por las ITS/VIH predicen no hacerse la prueba del VIH.



**ESTUDIO 1**



**Estudio 1****Resiliencia en adultos: una revisión sistemática.****Resumen**

El objetivo de este estudio es realizar una revisión teórica entre los años 2000 y 2011 sobre la resiliencia en adultos. Se trata de un estudio teórico. Para ello, se realizó una búsqueda de artículos en las bases de datos *Scopus*, *PsycInfo*, *Psicodoc*, *Web of Science* y *Dialnet* y en los sumarios *ISOC* (Ciencias Sociales y Humanidades). En total, se localizaron 412 artículos que cumplieron los criterios de inclusión establecidos. Se concluye que en los estudios publicados entre los años 2000 y 2011 sobre resiliencia en personas adultas prevalecen las publicaciones con diseño transversal, publicadas en lengua inglesa, de tipo cuantitativo, con muestra estadounidenses y relacionando la resiliencia con los trastornos psicopatológicos. Se hace énfasis en la necesidad de incluir la resiliencia en programas educativos en salud para mejorar las formas de afrontamiento en el contexto del riesgo y la adversidad.

**Abstract**

The objective of this study is to make a theoretical review on resilience in adults between the year 2000 and 2011. A search of papers published in the databases *Scopus*, *PsycInfo*, *Psicodoc*, *Web of Science* and summaries *Dialnet* and *ISOC* (Social Sciences and Humanities) was performed. In total, 418 items were found that met the inclusion criteria. We conclude that in the studies published between 200 and 2011 on resilience in adults prevail cross-sectional studies, published in English, quantitative, and using samples from USA. Resilience is related psychological disorders. It is emphasized the

need to include resilience in health education programs to improve ways of coping in the context of risk and adversity.

## Introducción

En los últimos años han aumentado los estudios sobre los aspectos positivos de la conducta humana y las emociones. Históricamente, en la ciencia psicológica se ha hecho mayor énfasis en las investigaciones sobre las psicopatologías y menos en los aspectos saludables de los individuos (Paludo y Koller, 2006; Park, Peterson y Sun, 2013; Salanova, Llorens, Acosta y Torrente, 2013; Tarragona, 2013). El psicólogo Martín Seligman fue uno de los precursores de la Psicología Positiva publicando un número especial en la revista *American Psychologist* en el año 2001, con artículos que discutían la necesidad de revisar y diversificar el foco de intervención de la psicología clásica, todavía centrada en modelos patológicos de salud (Paludo y Koller, 2006; Yunes, 2003; 2006). Desde la psicología clásica se priorizó lo patológico con un enfoque en identificar y reducir problemas (Park et al., 2013), y siguiendo esta trayectoria, se olvidaron de los aspectos emocionales constructivistas, tales como el bienestar psicológico, la satisfacción con la vida, etc., ignorándose los beneficios que éstos proporcionan a los individuos (Seligman y Csikszentmihalyi, 2001; Tarragona, 2013).

La Psicología Positiva destaca como objeto de investigación las potencialidades y cualidades humanas, destacando las virtudes, en oposición a la psicología tradicional y su énfasis en los componentes psicopatológicos (Park et al., 2013; Salanova et al., 2013; Seligman y Csikszentmihalyi, 2001; Yunes, 2003). La Psicología Positiva es un enfoque prometedor en la Psicología de la Salud, se está integrando y viene a reafirmar sus logros y ampliando aún más las perspectivas de intervención (Seligman, 1999; Seligman y Csikszentmihalyi, 2001; Vazquez, 2013). Así, la Psicología Positiva es una ciencia de la experiencia subjetiva positiva, de los rasgos individuales positivos y sociales que permiten mejorar la calidad de vida y prevenir las patologías (Park et al.,

2013; Seligman y Csikszentmihalyi, 2001). Dentro de este ámbito, destaca un constructo muy utilizado e investigado en los últimos años que es la resiliencia (Park et al., 2013; Seligman, 1999; Tarragona, 2013).

Al final de la década de 1970 se comenzó a utilizar en el área de las ciencias sociales el concepto de resiliencia ante la observación y constatación de que algunos niños nacidos y crecidos en contextos familiares problemáticos, cuando uno o ambos padres eran alcohólicos, crecían saludables y no demostraban carencia a nivel biológico ni psicosocial y conseguían superar las adversidades con una significativa calidad de vida (Masten y Tellegen, 2012; Rutter, 1999, 2012; Seligman y Csikszentmihalyi, 2001). Consideradas las complejidades de cualquier estudio centrado en el ser humano, la resiliencia como característica de un sujeto, debe ser siempre relativizada y entendida dentro de un conjunto amplio de factores y variables (Rutter, 1999, 2006). La resiliencia es definida de forma consensual como los patrones de adaptación positiva en el contexto de riesgo y adversidad (Masten y Cicchetti, 2012; Masten y Powel, 2003; Masten y Tellegen, 2012; Poletto y Koller, 2006; Rutter, 1999, 2012).

Cabe destacar dos generaciones de investigadores en los estudios sobre resiliencia. La primera es de la década de 1970. Estos investigadores se preocupaban de identificar los factores de riesgo y de resiliencia que influyen en el desarrollo de los niños. Para ellos la resiliencia era considerada como un rasgo de personalidad. En la segunda generación de investigadores (década de 1990), se agrega la dinámica de los factores individuales, familiares y sociales, de modo que la resiliencia pasa a ser entendida como un proceso (Luthar, 1999; Luthar, Cicchetti y Becker, 2000). La resiliencia está formada por tres componentes esenciales: 1) la capacidad para afrontar, 2) la capacidad de continuar desarrollándose y 3) la capacidad de aumentar las competencias (Infante, 2005; Rutter, 1999, 2012). Últimamente se ha hecho referencia a

la resiliencia como un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva en el contexto de la adversidad (Luthar et al., 2000); es un concepto interactivo que se refiere a la combinación de eventos adversos y un resultado psicológico positivo frente a estas experiencias (Rutter, 1999, 2006; Yunes, 2003).

Se pone de manifiesto que hay una serie de constructos que a veces se han usado como equivalentes a la resiliencia. En unos casos son elementos centrales de la misma y en otros casos se ha sugerido la sustitución de la resiliencia por los mismos (Becoña, 2006). En verdad, la resiliencia no es un nuevo constructo para decir lo mismo que algunos constructos existentes, sino que el concepto de resiliencia es novedoso en la explicación y predicción de los aspectos psicológicos centrándose en los factores de protección y los de riesgo (Rutter, 2006). Entre los constructos mediadores de la resiliencia destaca la *competencia*, que se diferencia de la misma en que ésta se centra en el ajuste positivo, mientras que la resiliencia se centra los ajustes positivos y negativos; por otro lado, la competencia habitualmente implica conductas manifiestas, observables, mientras que la resiliencia es un concepto más amplio que los aspectos inherentes a la competencia (Luthar, Sawyer y Brown, 2006). Otro constructo es el *afrontamiento*, que es definido como los esfuerzos cognitivos y conductuales utilizados por el individuo para afrontar las demandas internas y externas (Lazarus y Folkman, 1984); se ha identificado que personas que utilizan estrategias de afrontamiento pueden ser consideradas resilientes (Antoniazzi, Dell'Aglio y Bandeira, 1998; Becoña, 2006). Otro constructo que está asociado a la resiliencia es la *autoeficacia*, pues superar las adversidades significa una experiencia que altera las creencias de autoeficacia para ejercer autocontrol en la vida (Bandura, 2008). Algunas críticas se han formulado en cuanto a la naturaleza multidimensional de la resiliencia, en el sentido de que es un concepto que no añade nada a la expresión más general de ajuste positivo y que el

enfoque en la resiliencia no agregaría nada a la teoría del desarrollo (Tarter y Vanyukov, 1999). Otra crítica es que gran parte de los estudios realizados con este constructo han utilizado bases teóricas y metodológicas diversas con poco reconocimiento conceptual de los factores de protección y de riesgo que conforman la resiliencia (Luthar, et al., 2000).

Por tanto, el objetivo de esta investigación es realizar una revisión de los estudios científicos publicados entre los años de 2000 y 2011 sobre resiliencia en adultos, con el fin de ofrecer una síntesis y una panorámica general de la investigación publicada sobre esta temática. En la medida de lo posible, se han seguido las recomendaciones de Perestelo-Pérez (2013).

## **Metodología**

### **Materiales**

Se han utilizado en esta revisión las bases de datos primarias según los criterios de Perestelo-Pérez (2013). Se analizaron artículos de investigación (empíricos) publicados en revistas científicas. La búsqueda de los artículos se realizó en las siguientes bases de datos electrónicas: *Scopus*, *PsycInfo*, *Psicodoc*, *Web of Science* y *Dialnet* y en los sumarios *ISOC* (Ciencias Sociales y Humanidades).

### **Diseño**

Se trata de un estudio teórico.

### **Procedimiento**

La búsqueda de los artículos se realizó mediante la inclusión de los términos en la forma truncada *resil\** y *adult\** en las bases de datos científicas electrónicas *Scopus* y *PsycInfo*. Respecto a la búsqueda de artículos en las bases de datos *ISOC*, *Dialnet*, *Web*

*of Science* y *Psicodoc* se han utilizado los términos de búsqueda en inglés y castellano: *resilience*, *resilient*, *resiliency*, *resilent*, *resiliencia* y *resiliente*; estas bases de datos no permitían el empleo de la forma truncada para obtener las publicaciones, razón por la cual se utilizaron los términos completos. La búsqueda bibliográfica fue realizada entre los meses de mayo y julio de 2012. Concretamente, los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Artículos empíricos escritos en inglés y en castellano publicados en revistas científicas entre los años 2000 y 2011.
- Los participantes tenían que ser adultos.
- Se incluyeron aquellos artículos cuyo objetivo principal era estudiar la resiliencia.
- No se incluyeron los estudios teóricos.

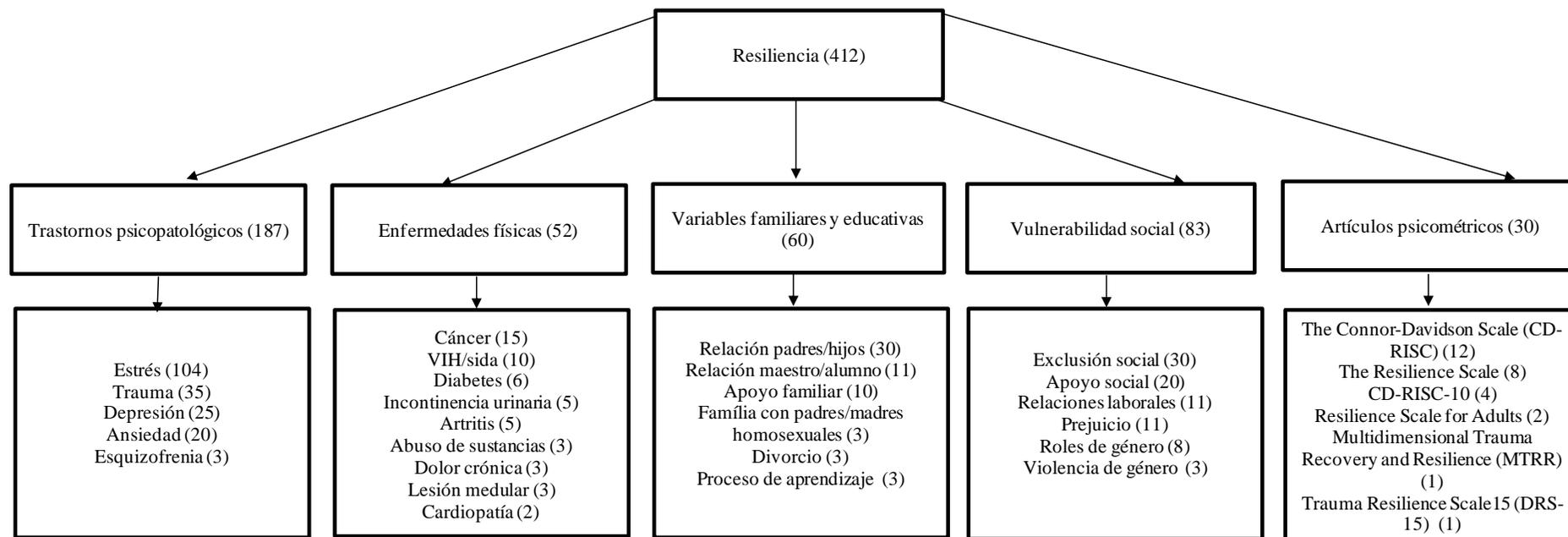
Una vez reunidos los artículos publicados se procedió a su clasificación en categorías teniendo en cuenta las temáticas relacionadas con la resiliencia, después de una revisión exhaustiva de su contenido. Se identificaron cinco categorías temáticas: en la primera categoría, *trastornos psicopatológicos*; en la segunda categoría se incluyeron los estudios sobre las *enfermedades físicas*; en la tercera categoría las *variables familiares y educativas*, donde se incluyeron las publicaciones sobre el funcionamiento de la familia y el sistema educativo. Respecto a la cuarta categoría, *vulnerabilidad social*, ha sido elaborada a partir de publicaciones sobre los grupos de personas que están en situación de riesgo social. Por último, la categoría *artículos psicométricos* incluyó los estudios publicados en la adaptación y validación de escalas sobre resiliencia. Posteriormente, los datos fueron codificados en función del origen de la muestra, las características del diseño, el idioma de publicación, el tipo del estudio y variables investigadas con las que se ha relacionado a la resiliencia. En el caso de la

categoría temática *artículos psicométricos*, se han codificado las publicaciones en función del origen de la muestra, el idioma de publicación, las escalas y sus propiedades psicométricas.

### **Resultados**

En total, se localizaron 412 artículos que cumplieron los criterios de inclusión establecidos. En la Figura 1 se puede observar un resumen de los estudios analizados.

Figura 1. Síntesis de las categorías temáticas y números de estudios publicados sobre resiliencia en adultos.



*Resiliencia y trastornos psicopatológicos*

En la Tabla 1 se presentan los estudios sobre resiliencia y su relación con los trastornos psicopatológicos. En total, son 187 artículos (véase en el Anexo las referencias con las categorías temáticas). En general, predominan los estudios norteamericanos (n = 119; 64,00%). Concretamente, la mayoría de los EE.UU (n = 109) y el resto de Canadá (n = 10). Respecto al idioma de publicación, la mayoría de los estudios publicados fueron en lengua inglesa (n = 184; 98,00%). La mayor parte de estudios encontrados tenían un diseño trasversal (n = 170; 91,00%), el tipo de estudio es cuantitativo (n = 157; 84,00%) y con la temática estrés (n = 104; 55,00%).

En general, los resultados de los estudios muestran que los individuos con alta resiliencia tenían una puntuación significativamente más baja en estrés (véase por ejemplo Ben-Zur y Gilbar, 2011; Pietrzak et al., 2010); también se ha observado la relación entre resiliencia y afectos positivos en la disminución de los niveles de estrés (Burton, Pakenham y Brown, 2010; Maguen et al., 2008). También se encuentra que las personas con experiencia traumática en la vida y con alta resiliencia tenían más actitudes favorables para la superación de este trauma (véase por ejemplo Alim et al., 2008; Banyard y Williams, 2007). En líneas generales, en los estudios se ha concluido que existe una relación positiva entre la resiliencia y la recuperación de la sintomatología depresiva, es decir, que los pacientes con mayor nivel de resiliencia tenían menor nivel depresión (véase por ejemplo Boardman et al., 2011; Catalano, Chan, Wilson, Chiu y Muller, 2011). Aquí se encuentra un estudio contradictorio en el que no se encontró un fundamento para afirmar que la resiliencia modifique o medie en la depresión (Aroian y Norris, 2000).

De la misma manera que las categorías anteriores, se hace énfasis que las personas con un alto nivel de resiliencia han tenido bajos niveles de ansiedad (véase por ejemplo Benetti y Kambouropoulos, 2006; Beutel, Glaesmer, Wiltink, Marian y Brähler, 2010). Por último, se tienen evidencias que las personas que han obtenido altos niveles de auto-evaluaciones positivas y resiliencia fueron significativamente más propensas a tener mejores resultados en el tratamiento de la esquizofrenia. (Chiba, Miyamoto y Kawakami, 2010; Johnson et al., 2010).

**Tabla 1.** Distribución de los artículos en los que se analiza la relación entre resiliencia y trastornos psicopatológicos en función de las características de los estudios.

Origen de la muestra		Idioma de publicación		Diseño		Tipo de estudio		Trastornos psicopatológicos	
Categorías	n (%)	Categorías	n (%)	Categorías	N (%)	Categorías	n (%)	Categorías	n (%)
Norteamérica	119 (64)	Inglés	184 (98)	Transversal	170 (91)	Cuantitativo	157 (84)	Estrés	104 (55)
Europa	39 (21)	Castellano	3 (2)	Longitudinal		Cualitativo	30 (16)	Trauma	35 (19)
Oceanía	12 (6)			Estudio de caso	10 (5)			Depresión	25 (13)
Asia	10 (5)			Experimental	5 (3)			Ansiedad	20 (11)
Latinoamérica	5 (3)				2 (1)			Esquizofrenia	3 (2)
África	2 (1)								
Total	187		187		187		187		187

*Resiliencia y enfermedades físicas*

En la Tabla 2 se presentan los estudios sobre resiliencia y su relación con las enfermedades físicas. En total, son 52 artículos. El mayor número de estudios se ha publicado con muestras norteamericanas ( $n = 29$ ; 56,00%) e, igual que en el grupo de estudios anterior, se ha hallado que la mayor parte se realizó en los EE. UU ( $n = 23$ ) y el resto en Canadá ( $n = 6$ ). Respecto al idioma de publicación todos fueron en inglés ( $n = 55$ ; 100,00%). En general, predominan los estudios publicados con diseño trasversal ( $n = 46$ ; 88,00%), cuantitativo ( $n = 39$ ; 75,00%), y sobre cáncer ( $n = 15$ ; 27,00%) (Véase Tabla 2).

De la misma manera que sucede con los trastornos psicopatológicos, la resiliencia funciona como protector para la superación de las adversidades ante las enfermedades físicas (véase anexo, Denisco, 2011; Jamison et al., 2007). Se ha observado en pacientes con cáncer que el afrontamiento y la resiliencia tenían una relación positiva con la calidad de vida (véase por ejemplo, Brix et al., 2008; Hou, Law, Yin y Fu, 2010). Los estudios centrados en la resiliencia y la infección por el VIH indican que las personas seropositivas que tienen una mayor resiliencia y autoestima, tienen más probabilidades de afrontarlo positivamente que los que tienen menos resiliencia (véase Faber et al., 2000; Yu et al., 2009). Además, se ha observado que la resiliencia ha amortiguado los efectos de los altos niveles de estrés relacionados con personas con artritis (véase por ejemplo, Johnson-Wright, Zautra y Going, 2008; Smith y Zautra, 2008). Respecto a las personas que viven con diabetes, los estudios muestran que la resiliencia afecta a la habilidad para manejar el difícil tratamiento y los requisitos de estilo de vida de la diabetes (véase por ejemplo, Steinhardt, Mamerow, Brown y Jolly, 2009; Yi, Vitaliano, Smith, Yi y Weinger, 2008), lo cual tiene importantes repercusiones en el tratamiento de la diabetes. Se tienen evidencias que en los grupos de

personas con problemas de incontinencia urinaria, que la resiliencia se asoció con la calidad de vida, la adaptación positiva y el afrontamiento de esta enfermedad (véase por ejemplo, Jamison, Weidner, Romero y Amundsen, 2007; Vinaccia y Quiceno, 2011). En mujeres con experiencia de abuso de sustancia psicoactivas, se han hallado resultados contradictorios: por un lado, se han observado bajas puntuaciones en la escala de resiliencia (Sutherland, Cook, Stetina y Hernandez, 2009); por otro lado, se ha puesto de manifiesto que han obtenido mejores resultados en el nivel de resiliencia y autoestima (Hernandez y Mendoza, 2011). En cuanto a las personas con dolor crónico, las que tenían mayores puntuaciones en resiliencia, presentaban menos niveles de dolor crónicos (véase por ejemplo, Bonanno et al., 2002). Además, las personas con lesión medular con alta resiliencia tenían una menor sintomatología depresiva y una mayor aceptación de la discapacidad (Berry, Elliott y Rivera, 2007; White, Driver y Warren, 2010). Por último, se ha concluido que los pacientes con cardiopatías con altas puntuaciones en resiliencia obtuvieron mejores resultados a lo largo del tratamiento (véase Chan, Lai y Wong, 2006; Hallas, Thornton, Fabri, Fox y Jackson, 2003).

**Tabla 2.** Distribución de los artículos en los que se analiza la relación entre resiliencia y enfermedades físicas en función de las características de los estudios.

Origen de la muestra		Idioma de publicación		Diseño		Tipo de estudio		Enfermedad física	
Categorías	n (%)	Categorías	n (%)	Categorías	n (%)	Categorías	n (%)	Categorías	n (%)
Norteamérica	29 (56)	Inglés	52 (100)	Transversal	46 (88)	Cuantitativo	39 (75)	Cáncer	15 (29)
Europa	8 (15)			Longitudinal		Cualitativo	13 (25)	VIH/sida	10 (19)
Latinoamérica	4 (8)			Estudio de caso	5 (10)			Diabetes	6 (11)
Asia	5 (10)				1 (2)			Incontinencia urinaria	5 (10)
Oceanía	4 (8)							Artritis	5 (10)
África	2 (3)							Abuso de sustancias	3 (6)
								Dolor crónico	3 (6)
								Lesión medular	3 (6)
								Cardiopatías	2 (3)
Total	52		52		52		52		52

*Resiliencia y variables familiares y educativas*

En la Tabla 3 se presentan los estudios sobre resiliencia y su relación con las variables familiares y educativas. En total, son 60 artículos. El mayor número de estudios ha sido publicado con muestras de Norteamérica ( $n = 35$ ; 55,00%), en particular de los EE. UU ( $n = 25$ ) y Canadá ( $n = 10$ ). Respecto al idioma de publicación, la mayoría de los estudios fueron en inglés ( $n = 54$ ; 90,00%), con diseño trasversal ( $n = 52$ ; 87,00%), cuantitativo ( $n = 38$ ; 63,00%) y con la temática relación padres/hijos ( $n = 30$ ; 50,00%), (véase Tabla 3)

**Tabla 3.** Distribución de los artículos en los que se analiza la relación entre resiliencia y variables familiares y educativas en función de las características de los estudios.

Origen de la muestra		Idioma de publicación		Diseño		Tipo de estudio		Variables familiares y educativas	
Categorías	n (%)	Categorías	n (%)	Categorías	n (%)	Categorías	n (%)	Categorías	n (%)
Norteamérica	33 (55)	Inglés	54 (90)	Transversal	52 (87)	Cuantitativo	38 (63)	Relación padres/hijos	30 (50)
Europa	12 (20)	Castellano	6 (10)	Longitudinal		Cualitativo	22 (37)	Relación maestro/alumno	11 (18)
África	9 (15)			Estudio de caso	5 (8)			Apoyo familiar	10 (17)
Latinoamérica	4 (7)				3 (5)			Familia con padres/madres homosexuales	3 (5)
Asia	2 (3)							Divorcio	3 (5)
								Proceso de aprendizaje	3 (5)
Total	60		60		60		60		60

Los resultados de los estudios muestran que los padres que puntuaron más alto en resiliencia estaban más implicados en los cuidados de los hijos (véase por ejemplo, Fagan y Palkovitz, 2007; Greeff, Vansteenwegen y Ide, 2006). También en los estudios se indica que los factores de resiliencia estaban relacionados con un mayor apoyo social y un ambiente familiar de apoyo, (véase Greeff y Human, 2004; McCubbin, Balling, Possin, Friedrich y Bryne, 2002). Por otra parte, en familias con padres/madres homosexuales la resiliencia se relacionó con un mayor apoyo familiar y satisfacción con la pareja (véase Connolly, 2005; Golding, 2006). En familias, se han observado correlaciones positivas entre la resiliencia y la adaptación de la familia al divorcio (véase por ejemplo, Greeff, Vansteenwegen y DeMot, 2006; Thomas y Woodside, 2011). Por otra parte, se tienen evidencias de que la resiliencia es un mediador en la interacción maestro y alumno que contribuye en gran medida en el proceso de aprendizaje en el ámbito educativo (véase por ejemplo, Gu y Day, 2008; Patterson, Collins y Abbott, 2004). Por último, se ha concluido que niveles altos de resiliencia y el apoyo social se asociaron con tener éxito en el proceso de educativo (Cavazos, Johnson, Fielding, Cavazos y Castro, 2010; Clauss-Ehlers y Wibrowski, 2007).

#### *Resiliencia y vulnerabilidad social*

En la Tabla 4 se presentan los estudios sobre resiliencia y su relación con las variables de vulnerabilidad social. En el total, son 83 artículos. En general, de la misma forma que en las variables anteriores predominan los estudios con muestra de Norteamérica (n = 53; 64,00%). Concretamente, la mayoría de los EE.UU (n = 50) y el resto de Canadá (n = 3). Predominan los estudios publicados en lengua inglesa (n = 71; 85,00%), con diseño trasversal (n = 81; 98,00%), cuantitativo (n = 75; 90,00%) y con el tema exclusión social (n = 30; 36,00%).

En líneas generales, los estudios relacionados con la vulnerabilidad social no dejan duda de que la resiliencia ha mediado en la superación de las adversidades en situaciones de exclusión social (véase por ejemplo, Moscardino, Axia, Scrimin y Capello, 2007; Ortega, 2008). De la misma manera, se ha señalado que el grupo resiliente ha demostrado mayor factor de protección, mayor apoyo social y vitalidad en comparación con el grupo no resiliente (véase por ejemplo, Butler et al., 2009). Además, se ha hallado que las diferentes estrategias de afrontamiento y resiliencia se relacionan con los mecanismos para manejar el estigma social y el prejuicio (véase por ejemplo, Bergeron y Senn, 2003; Block, 2009). Así, se ha señalado que en estudios solo con mujeres la mayoría percibe la adversidad como catalizador para el crecimiento personal y competencia social en la formación de la resiliencia (véase Clauss-Ehlers, 2008; Pastor, Reynolds y Moran, 2010). Por último, también se ha concluido que las mujeres víctimas de violencia con alto grado de resiliencia y capacidad de regular el afecto tenían unas actitudes más favorables para disminuir los traumas de la violencia de género (véase por ejemplo, Bradley y Davino, 2007; Radan, 2007).

**Tabla 4.** Distribución de los artículos en los que se analiza la relación entre resiliencia y vulnerabilidad social en función de las características de los estudios.

Origen de la muestra		Idioma de publicación		Diseño		Tipo de estudio		Vulnerabilidad social	
Categorías	n (%)	Categorías	n (%)	Categorías	n (%)	Categorías	N (%)	Categorías	n (%)
Norteamérica	53 (64)	Inglés	71 (85)	Transversal	81 (98)	Cuantitativo	75 (90)	Exclusión social	30 (36)
Europa	9 (11)	Castellano	12 (15)	Longitudinal		Cualitativo	8 (10)	Apoyo social	20 (24)
Latinoamérica	8 (10)			Estudio de caso	1 (1)			Relaciones laborales	11 (13)
Oceanía	7(8)				1 (1)			Prejuicio	11 (13)
Asia	6 (7)							Roles de género	8 (10)
								Violencia de género	3 (4)
Total	83		83		83		83		83

*Resiliencia y artículos psicométricos*

Por último, en la Tabla 5 se pueden observar las características de los artículos psicométricos sobre resiliencia (n = 30). Predominan las muestras de EE. UU (n = 16; 54,00%), con universitarios (n = 13; 43,00%) y las publicaciones en lengua inglesa (n = 29; 97,00%). Respecto a la escala que se ha utilizado predominan los estudios de adaptación y validación de la *Connor-Davidson resilience scale - CD-RISC* (Connor y Davidson, 2003).

**Tabla 5.** Distribución de los artículos psicométricos sobre resiliencia en función de las características de los estudios.

Origen de la muestra		Características de la muestra		Idioma de publicación		Escala y propiedades psicométricas		
Categorías	n (%)	Categorías	n (%)	Categorías	n (%)	Categorías	Alpha de Cronbach de la escala original	n (%)
EE.UU	16 (54)	Universitarios	13 (43)	Inglés	29 (97)	The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC)	( $\alpha = 0,94$ )	12(40)
Noruega	3 (10)	Adultos	10 (34)	Castellano	1 (3)	The Resilience Scale	( $\alpha = 0,87$ )	8 (27)
Turquía	2 (7)	Mujeres	2(7)			CD-RISC-10	( $\alpha = 0,85$ )	4 (13)
China	2 (7)	Supervivientes de	2(7)			Resilience Scale for Adults (RSA)	( $\alpha = 0,82$ )	2 (8)
Suecia	2( 7)	terremoto				Multidimensional Trauma Recovery and Resilience (MTRR)	( $\alpha = 0,81$ )	1 (3)
Canadá	1 (3)	Empleados	1(3)			Trauma Resilience Scale (TRS)	( $\alpha = 0,81$ )	1 (3)
España	1(3)	Trasplantados de	1(3)			Dispositional Resilience Scale15 (DRS-15)	( $\alpha = 0,81$ )	1 (3)
Inglaterra	1 (3)	órganos	1(3)			Resilience Scale (RS-15)	( $\alpha = 0,89$ )	1 (3)
Bélgica	1 (3)	Soldados						
México	1 (3)							
Total	30		30		30			30

Se pone de manifiesto que en algunos artículos publicados se validaron algunos instrumentos sobre resiliencia en diferentes contextos. Los resultados muestran que la escala más utilizada en la validación fue la *Connor-Davidson resilience scale - CD-RISC* (Connor y Davidson, 2003) que posee buenas propiedades psicométricas y un alto nivel de fiabilidad y validez en personas adultas (véase por ejemplo, Baek, Lee, Joo, Lee y Choi, 2010; Khoshouei, 2009). También se encuentran publicaciones de validación de la *The Resilience Scale* (Wagnild y Young, 1993), que de la misma manera se ha presentado como un instrumento fiable y válido para medir la capacidad de recuperación, y se ha utilizado una amplia gama de poblaciones en los estudios sobre resiliencia (véase por ejemplo, Heilemann, Lee y Kury, 2003; Nygren, Randström, Lejonklou y Lundman, 2005). La 10-CD-RISC (Campbell-Sills y Stein, 2007) que es una versión abreviada de la *CD-RISC* (Connor y Davidson, 2003), en general demostró excelentes propiedades psicométricas y permite una medición eficiente de la resiliencia (Notario-Pacheco et al., 2011; Wang, Shi, Zhang y Zhang, 2010). Además, se han señalado otras escalas de resiliencia adaptadas y validadas que igualmente tienen buenas propiedades psicométricas, como por ejemplo, la *Resilience Scale for Adults - RSA* (Hjemdal et al., 2011; Jowkar, Friborg y Hjemdal, 2010), *Multidimensional Trauma Recovery and Resilience - MTRR* (Harvey, 1996), *Trauma Resilience Scale - TRS* (Madsen y Abell, 2010), *Dispositional Resilience Scale - DRS -15* (Hystad, Eid, Johnsen, Laberg y Bartone, 2010) y *Resilience Scale - RS-15* (Wilks, 2008).

## Discusión

A partir de la revisión se concluye que en relación al origen de la muestra predominan los estudios con estadounidenses. Se han identificado 44 países distintos en los que se han realizado estudios sobre resiliencia en personas adultas. En cuanto al idioma de los estudios publicados, se han encontrado solamente veintidós en castellano.

Se ha señalado que la mayor parte de los estudios son en inglés con 390 artículos publicados. Es más, los estudios publicados sobre resiliencia surgieron en mayor número en los países de lengua inglesa (principalmente en los Estados Unidos). En líneas generales, se puede extraer que el hecho de que la mayor parte de los estudios estén publicados en inglés puede estar relacionado con algunos factores como: la universalización del inglés y la mayor repercusión de los artículos publicados en este idioma; y las mayores inversiones estadounidenses en las investigaciones. Además, los principales grupos de investigadores sobre resiliencia se encuentran en los Estados Unidos, Canadá y Reino Unido (Trombeta y Guzzo, 2002; Yunes, 2003; Yunes y Szymanski, 2001). Razón por la cual se anima a la formación de nuevos grupos de investigaciones sobre resiliencia en otras áreas geográficas, de modo que posibiliten un panorama más general de los estudios sobre resiliencia con muestras y realidades culturales distintas. Se ha hallado que en las publicaciones sobre resiliencia se emplean diseños transversales, con escasas publicaciones de investigaciones experimentales, longitudinales y estudios de caso. Se echan en falta estudios experimentales basados en la moderna teorización psicológica que puedan establecer relación de causalidad entre las variables (Ramos-Álvarez y Catena, 2004); en esta revisión se han encontrado solamente 2 estudios experimentales por lo que se pone de manifiesto la necesidad de estudios de este tipo. Respecto al tipo de estudios, han predominado los estudios de tipo cuantitativo, en líneas generales se han hallado datos novedosos y relevantes sobre la resiliencia. Por otra parte, se tienen evidencias de pocos estudios de tipo cualitativo; en general, eran estudios que empleaban entrevistas, pero tienen sus limitaciones en términos de generalización de los datos.

Respecto a las categorías temáticas, existe una asociación entre los altos niveles de resiliencia y los bajos niveles de trastornos psicopatológicos. Aquí se encuentran

resultados relevantes que sostienen que la resiliencia es un elemento que funciona en la protección y en el afrontamiento del estrés, la depresión, la ansiedad, los traumas, etc. En la segunda clase temática, las investigaciones suelen coincidir en que una mayor resiliencia se relaciona con un mayor afrontamiento de las adversidades en las enfermedades físicas. Por otra parte, estos estudios no permiten saber de qué forma podría funcionar la resiliencia en la prevención de las enfermedades físicas, ni si esta variable se manifiesta más en determinadas enfermedades físicas que en otras. Respecto a las variables familiares y educativas, se ha hallado que la resiliencia es un factor mediador y protector en la familia y en el ámbito educativo. Los estudios sobre la temática vulnerabilidad social ponen de relieve el papel de resiliencia asociada con el apoyo social, la autoestima, la satisfacción laboral en situaciones de riesgo sociales. El resultado más interesante sostiene que las personas pueden ser resilientes a pesar de que vivan en ambientes de vulnerabilidad psicosocial. Respecto a la última categoría, se han identificado estudios sobre los artículos psicométricos y la resiliencia; predominan los estudios con el empleo de la *Connor-Davidson Resilience Scale - CD-RISC* (Connor y Davidson, 2003), *Resilience Scale - RS* (Wagnild y Young, 1993) y la *10-CD-RISC* (Campbell-Sills y Stein, 2007). También se ha señalado que los instrumentos adaptados y validados sobre resiliencia tienen buenas propiedades psicométricas. Por otra parte, se han encontrado pocos instrumentos y algunas críticas han sido formuladas respecto a los instrumentos cuantitativos empleados para medir la resiliencia, debido a la naturaleza dinámica, contextual y multidimensional de este constructo psicológico (Masten y Obradović, 2006; Park et al., 2013; Reppold, Mayer, Almeida y Hutz, 2012; Rutter, 2006). De ahí derivan otras críticas sobre estos instrumentos debido a la ausencia de una clara definición del constructo y las dificultades de identificar las características de la resiliencia (Truffino, 2010).

Se puede concluir que esta revisión sistemática aporta datos relevantes para que el investigador se mantenga informado y actualizado sobre los estudios publicados sobre resiliencia. Se recomienda que en los programas de salud se considere el papel de la resiliencia en el pronóstico clínico tras las enfermedades. También se recomienda que se realicen intervenciones psicosociales con personas en situación de riesgo a través de talleres para incrementar los comportamientos protectores (resiliencia) y disminuir los factores de riesgo.

### Referencias

- Alim, T. N., Feder, A., Graves, R. E., Wang, Y., Weaver, J., Westphal, M. et al. (2008). Trauma, resilience, and recovery in a high-risk African-American population. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 1566-1575.
- Antoniuzzi, A. S., Dell'Aglio, D. D. y Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 3, 273-294.
- Aroian, K. J. y Norris, A. E. (2000). Resilience, stress, and depression among Russian immigrants to Israel. *Western Journal of Nursing Research*, 22, 54-67.
- Bandura, A. A. (2008). Teoria social cognitiva na perspectiva da agência. En A. A. Bandura, R. G. Azzi y S. Polydoro (Eds.), *Teoria social cognitiva: conceitos básicos* (pp. 69-95). Porto Alegre: Artmed.
- Baek, H. S., Lee, K. U., Joo, E. J., Lee, M. Y. y Choi, K. S. (2010). Reliability and validity of the Korean version of the Connor-Davidson resilience scale. *Psychiatry Investigation*, 7, 109-115.

- Banyard, V. L. y Williams, L. M. (2007). Women's voices on recovery: a multi-method study of the complexity of recovery from child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 31*, 275-290.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 11*, 125-146.
- Benetti, C. y Kambouropoulos, N. (2006). Affect-regulated indirect effects of trait anxiety and trait resilience on self-esteem. *Personality and Individual Differences, 41*, 341-352.
- Ben-Zur, H. y Gilbar, O. (2011). Resilience and distress: israelis respond to the disengagement from Gaza and the Second Lebanese War. *Community Mental Health Journal, 47*, 551-559.
- Bergeron, S. y Senn, C. Y. (2003). Health care utilization in a sample of canadian lesbian women: predictors of risk and resilience. *Women & Health, 37*, 19-35.
- Berry, J. W., Elliott, T. R. y Rivera, P. (2007). Resilient, undercontrolled, and overcontrolled personality prototypes among persons with spinal cord injury. *Journal of Personality Assessment, 89*, 292-302.
- Beutel, M. E., Glaesmer, H., Wiltink, J., Marian, H. y Brähler, E. (2010). Life satisfaction, anxiety, depression and resilience across the life span of men. *The Aging Male, 13*, 32-39.
- Block, R. G. (2009). Is it just me? experiences of HIV-related stigma. *Journal of HIV/AIDS & Social Services, 8*, 1-19.

- Boardman, F., Griffiths, F., Kokanovic, R., Potiradis, M., Dowrick, C. y Gunn, J. (2011). Resilience as a response to the stigma of depression: a mixed methods analysis. *Journal of Affective Disorders, 135*, 267-276.
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., et al. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from pre loss to 18-months post loss. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*, 1150-1164.
- Bradley, R. y Davino, K. (2007). Interpersonal violence, recovery, and resilience in incarcerated women. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 14*, 123-146.
- Brix, C., Schleussner, C., Füllerb, J., Roehrig, B. y Wendt, T. G. (2008). The need for psychosocial support and its determinants in a sample of patients undergoing radiooncological treatment of cancer. *Journal of Psychosomatic Research, 65*, 541-548.
- Burton, N. W., Pakenham, K. I. y Brown, W. J. (2010). Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: a pilot study of the READY program. *Psychology, Health & Medicine, 15*, 266-277.
- Butler, L. D., Koopman, C., Azarow, J., Blasey, C. M., Magdalene, J. C., DiMiceli, S., et al. (2009). Psychosocial predictors of resilience after the September 11, 2001 terrorist attacks. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 197*, 266-273.
- Campbell-Sills, L. y Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC): validation of a 10-Item measure of Resilience. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 1019-1028.

- Catalano, D., Chan, F., Wilson, L., Chiu, C. y Muller, V. R. (2011). The buffering effect of resilience on depression among individuals with spinal cord injury: a structural equation model. *Rehabilitation Psychology, 56*, 200-211.
- Cavazos, J., Johnson, M. B., Fielding, C., Cavazos, A. G. y Castro, V. (2010). A qualitative study of resilient latina/o college students. *Journal of Latinos and Education, 9*, 172-188.
- Chan, I. W. S., Lai, J. C. L. y Wong, K. W. N. (2006). Resilience is associated with better recovery in Chinese people diagnosed with coronary heart disease. *Psychology & Health, 21*, 335-349.
- Chiba, R., Miyamoto, Y. y Kawakami, N. (2011). Quantitative relationship between recovery and benefit-finding among persons with chronic mental illness in Japan. *Nursing & Health Sciences, 13*, 126-132.
- Clauss-Ehlers, C. S. (2008). Sociocultural factors, resilience, and coping: support for a culturally sensitive measure of resilience. *Journal of Applied Developmental Psychology, 29*, 197-212.
- Clauss-Ehlers, C. S. y Wibrowski, C. R. (2007). Building educational resilience and social support: the effects of the educational opportunity fund program among first- and second-generation college. *Journal of College Student Development, 48*, 574-584.
- Connolly, C. M. (2005). A qualitative exploration of resilience in long-term lesbian couples. *The Family Journal, 13*, 266-280.
- Connor, K. M. y Davidson, J. R.T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*, 76-82.

- Denisco, S. (2011). Exploring the relationship between resilience and diabetes outcomes in African Americans. *Journal American Academy of Nurse Practitioners*, 23, 602-610.
- Faber, E. W., Shwartz, J. A. J., Schaper, P. E., Moonen, D. J. y Mcdaniel, J. S. (2000). Resilience factors associated with adaptation to HIV disease. *Psychosomatics*, 41, 140-146.
- Fagan, J. y Palkovitz, R. (2007). Unmarried, nonresident fathers' involvement with their infants: a risk and resilience perspective. *Journal of Family Psychology*, 21, 479-489.
- Golding, A. C. (2006). Redefining the nuclear family. *Journal of Feminist Family Therapy*, 18, 35-65.
- Greeff, A. P. y Human, B. (2004). Resilience in families in which a parent has died. *The American Journal of Family Therapy*, 32, 27-42.
- Greeff, A. P., Vansteenwegen, A. y DeMot, L. (2006). Resiliency in divorced families. *Social Work in Mental Health*, 4, 67-81.
- Greeff, A. P., Vansteenwegen, A. y Ide, M. (2006). Resiliency in families with a member with a psychological disorder. *American Journal of Family Therapy*, 34, 285-300.
- Gu, Q. y Day, C. (2008). Teachers resilience: a necessary condition for effectiveness. *Teaching and Teacher Education*, 23, 1302-1316.
- Hallas, C. N., Thornton, E. W., Fabri, B. M., Fox, M. A. y Jackson, M. (2003). Predicting blood pressure reactivity and heart rate variability from mood state

- following coronary artery bypass surgery. *International Organization of Psychophysiology*, 47, 43-55.
- Harvey, M. R. (1996). An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 3-23.
- Heilemann, M.V., Lee, K. y Kury, F. S. (2003). Psychometric properties of the Spanish version of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 11, 61-71.
- Hernandez, V. R. y Mendoza, C. T. (2011). Shame resilience: a strategy for empowering women in treatment for substance abuse. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 11, 375-393.
- Hjemdal, O., Friborg, O., Braun, S., Kempnaers, C., Linkowski, P. y Fossion, P. (2011). The resilience scale for adults: construct validity and measurement in a Belgian sample. *International Journal of Testing*, 11, 53-70.
- Hou, W. K., Law, C. C., Yin, J. y Fu, Y. T. (2010). Resource loss, resource gain, and psychological resilience and dysfunction following cancer diagnosis: a growth mixture modeling approach. *Health Psychology*, 29, 484-495.
- Hystad, S. W., Eid, J., Johnsen, B. H., Laberg, J. C. y Bartone, P. T. (2010). Psychometric properties of the revised Norwegian dispositional resilience (hardiness) scale. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 237-245.
- Infante, F. (2005). A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. En , A. Melillo y E. N. S. Ojeda (Eds.), *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas* (pp. 23-38). Porto Alegre: Artmed.

- Jamison, M. G., Weidner, A. C., Romero, A. A. y Amundsen, C. L. (2007). Lack of psychological resilience: an important correlate for urinary incontinence. *International Urogynecology Journal Pelvic Floor Dysfunction*, 18, 1127-1132.
- Johnson, J., Gooding, P. A., Madeira, A. M., Taylor, P. J., Pratt, D. y Tarrier, N. (2010). Resilience to suicidal ideation in psychosis: positive self-appraisals buffer the impact of hopelessness. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 883-889.
- Johnson-Wright, L., Zautra, A. J. y Going, S. (2008). Adaptation to early knee osteoarthritis: the role of risk, resilience, and disease severity on pain and physical functioning. *Annals of Behavioral Medicine*, 36, 70-80.
- Jowkar, B., Friberg, O. y Hjemdal, O. (2010). Cross-cultural validation of the Resilience Scale for Adults (RSA) in Iran. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 418-425.
- Khoshouei, M. S. (2009). Psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using Iranian students. *International Journal of Testing*, 6, 60-66.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York (NY): Springer.
- Luthar, S. (1999). *Poverty and children's adjustment*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). Conceptual issues in studies of resilience: past, present and future research. *Child Developmental*, 71, 543-562.

- Luthar, S. S., Sawyer, J. A. y Brown, P. J. (2006). Conceptual issues in studies of resilience: past, present and future research. *Annals New York Academy of Sciences*, 1094, 105-115.
- Madsen, M. D. y Abell, N. (2010). Trauma resilience scale: validation of protective factors associated with adaptation following violence. *Research on Social Work Practice*, 20, 223-233.
- Maguen, S., Turcotte, D. M., Peterson, A. L., Dremsa, T. L., Garb, H. N., McNally, R. J., et al. (2008). Description of risk and resilience factors among military medical personnel before deployment to Iraq. *Military Medicine*, 173, 1-9.
- Masten, A. S. y Cicchetti, D. (2012). Risk and resilience in developmental psychopathology: the legacy of Norman Garmezy. *Development and Psychopathology*, 24, 333-334.
- Masten, A. S. y Obradović, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 13-27.
- Masten, A. S. y Tellegen, A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: contributions of the project competence longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 24, 345-361.
- McCubbin, M., Balling, K., Possin, P., Friedrich, S. y Bryne, B. (2002). Family resiliency in childhood cancer. *Family Relations: an Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 51, 103-111.
- Moscardino, U., Axia, G., Scrimin, S. y Capello, F. (2007). Narratives from caregivers of children surviving the terrorist attack in Beslan: issues of health, culture, and resilience. *Social Science & Medicine*, 64, 1776-1787.

- Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Serrano-Parra, M. D., Bartolomé-Gutiérrez, R., García-Campayo, J., y Martínez-Vizcaíno, V. (2011). Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 63, 6-9.
- Nygren, B., Randström, K. B., Lejonklou, A. K. y Lundman, B. (2005). Reliability and validity of a Swedish language version of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 12, 169-178.
- Ortega, D. (2008). Evaluación del bienestar psicológico y resiliencia de internos del CDP puente alto con beneficios intrapenitenciarios. *Revista de Estudios Criminológicos y Penitenciarios*, 12, 12-34.
- Paludo, S. S. y Koller, S. H. (2006). Psicología positiva, emoções e resiliência. En D. D. DellAglio, S. H. Koller y M. A. M Yunes (Eds), *Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco à proteção* (pp. 69-86). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Park, N., Peterson, C. y Sun, J. K. (2013). La psicología positiva: investigación y aplicaciones. *Terapia Psicológica*, 31, 11-19.
- Pastor, C., Reynolds, F. A. y Moran, J. (2010). 'They're battle scars, I wear them well': a phenomenological exploration of young women's experiences of building resilience following adversity in adolescence. *Journal of Youth Studies*, 13, 273-290.
- Patterson, J. H., Collins, L. y Abbott, G. (2004). A study of teacher resilience in urban schools. *Journal of Instructional Psychology*, 31, 3-11.

- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 13*, 49-57.
- Pietrzak, R. H., Johnson, D. C., Goldstein, M. B., Malley, J. C., Rivers, A. J., Morgan C. A., et al. (2010). Psychosocial buffers of traumatic stress, depressive symptoms, and psychosocial difficulties in veterans of operations enduring freedom and Iraqi freedom: the role of resilience, unit support, and post deployment social support. *Journal of Affective Disorders, 120*, 188-192.
- Poletto, M. y Koller, S. H. (2006). Resiliência: perspectiva conceitual e histórica. En D. Dell'Aglio, S. H. Koller y M. A. M Yunes (Eds.), *Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco à proteção* (pp. 19-44). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Radan, A. (2007). Exposure to violence and expressions of resilience in Central American women survivors of war. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 14*, 147-164.
- Ramos-Álvarez, M. M. y Catena, A. (2004). Normas para la elaboración y revisión de artículos originales experimentales en Ciencias del Comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4*, 173-189.
- Reppold, C. T., Mayer, J. C., Almeida, L. S. y Hutz, C. S. (2012). Avaliação da resiliência: controvérsia em torno do uso das escalas. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 25*, 248-255.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology, 24*, 335-344.

Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals New York Academy of Sciences, 1094*, 1-12.

Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy, 27*, 119-144.

Salanova, M., Llorens, S., Acosta, H. y Torrente, P. (2013). Positive interventions in positive organizations. *Terapia Psicológica, 31*, 101-113.

Seligman, M. E. P. y Csikszentmihalyi, M. (2001). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist, 55*, 5-14.

Seligman, M. E. P. (1999). The president's address. APA 1998 annual report. *American Psychologist, 54*, 59-62.

Smith, B. y Zautra, A. J. (2008). Vulnerability and resilience in women with arthritis: test of a two factor model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 799-810.

Steinhardt, M., Mamerow, M., Brown, S. y Jolly, C. (2009). A resilience intervention in African American adults with type 2 diabetes: a pilot study of efficacy. *Diabetes Education, 36*, 274-284.

Sutherland, J. A., Cook, L., Stetina, P. y Hernandez, C. (2009). Women in substance abuse recovery: measures of resilience and self-differentiation. *Western Journal of Nursing Research, 31*, 905-922.

Tarragona, M. (2013). Psicología positiva y terapias constructivas: una propuesta integradora. *Terapia Psicológica, 31*, 115-125.

- Tarter, R. E. y Vanyukov, M. (1999). Re-visiting the validity of the construct of resilience. En M. D. Glantz y J. L. Johnson (Eds), *Resiliency and development: positive life adaptations* (pp. 85-100). New York: Plenum.
- Thomas, D. A. y Woodside, M. (2011). Resilience in adult children of divorce: a multiple case study. *Marriage & Family Review*, 47, 213-234.
- Trombeta, L. H. y Guzzo, R. S. L. (2002). *Enfrentando o cotidiano adverso: estudo sobre resiliência em adolescentes*. São Paulo: Alínea.
- Truffino, J. C. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3, 145-151.
- Vazquez, C. (2013). Positive psychology: introduction to the special issue (in memoriam: Chris Peterson). *Terapia Psicológica*, 31, 5-9.
- Vinaccia, S. y Quiceno, J. M. (2011). Resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia renal. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20, 201-211.
- Wagnild, G. M. y Young, M. H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.
- Wang, L., Shi, Z., Zhang, Y. y Zhang, Z. (2010). Psychometric properties of the 10-item Connor–Davidson Resilience Scale in Chinese earthquake victims. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64, 499-504.
- White, B., Driver, S. y Warren, A. M. (2010). Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 55, 23-32.

- Wilks, S. E. (2008) Psychometric evaluation of the shortened resilience scale among Alzheimer's caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 23, 143-149.
- Yi, J. P., Vitaliano, P. P., Smith, R. E., Yi, J. C. y Weinger, K. (2008). The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 13, 311-325.
- Yu, X. N., Lau, J. T. F., Mak, W. W. S., Cheng, Y. M., Lv, Y. H. y Zhang, J. X. (2009). Risk and protective factors in association with mental health problems among people living with HIV who were former plasma/blood donors in rural China. *AIDS Care*, 21, 645-654.
- Yunes, M. A M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84.
- Yunes, M. A M. (2006). Psicologia positiva, emoções e resiliência. En D. D. DellAglío, S. H. Koller y M. A. M Yunes (Eds.), *Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco à proteção* (pp. 45-68). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Yunnes, M. A. M. y Szymanski, H. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. En M. A. M. Yunnes y J. Tavares (Eds.), *Resiliência e educação* (pp. 13-42). São Paulo: Cortez.

---

**ANEXO****Artículos analizados en esta revisión sistemática***Resiliencia y trastornos psicopatológicos*

Ablett, J. R. y Jones, R. S. P. (2007). Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology*, 16, 733-740.

Ahern, N. R. y Norris, A. E. (2011). Examining factors that increase and decrease stress in community college students. *Journal of Pediatric Nursing*, 26, 530-540.

Alawiyah, T., Bell, H., Pyles, L. y Runnels, R. C. (2011). Spirituality and faith-based interventions: pathways to disaster resilience for African American Hurricane Katrina survivors. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 30, 294-319.

Aldwin, C. M., Cunningham, M. y Taylor, A. L. (2010). Resilience across the life span. *Research in Human Development*, 7, 159-163.

Alim, T. N., Feder, A., Graves, R. E., Wang, Y., Weaver, J., Westphal, M. et al. (2008). Trauma, resilience, and recovery in a high-risk African-American population. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 1566-1575.

Alvarez, J. y Hunt, M. (2005). Risk and resilience in canine search and rescue handlers after 9/11. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 497-505.

Arce, E., Simmons, A. N., Stein, M. B., Winkielman, P., Hitchcock, C. y Paulus, M. P. (2009). Association between individual differences in self-reported emotional resilience and the affective perception of neutral faces. *Journal of Affective Disorders*, 114, 286-293.

- Armstrong, A. R., Galligan, R. F. y Critchley, C. R. (2011). Emotional intelligence and psychological resilience to negative life events. *Personality and Individual Differences*, 51, 331-336.
- Aroian, K. J. y Norris, A. E. (2000). Resilience, stress, and depression among Russian immigrants to Israel. *Western Journal of Nursing Research*, 22, 54-67.
- Banyard, V. L. y Williams, L. M. (2007). Women's voices on recovery: a multi-method study of the complexity of recovery from child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 31, 275-290.
- Bartone, P. T., Roland, R. R., Picano, J. J. y Williams, T. J. (2008). Psychological hardiness predicts success in U.S. army special forces candidates. *International Journal of Selection and Assessment*, 16, 78-81.
- Beasley, M., Thompson, T. y Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*, 34, 77-95.
- Beatriz, V. P., Begoña, C. B. y Jiménez, M. L. V. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27, 40-49.
- Beitin, B. K. y Allen, K. R. (2005). Resilience in Arab American couples after September 11, 2001: a systems perspective. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31, 251-267.
- Benetti, C. y Kambouropoulos, N. (2006). Affect-regulated indirect effects of trait anxiety and trait resilience on self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 41, 341-352.

- Ben-Zur, H. y Gilbar, O. (2011) Resilience and distress: israelis respond to the disengagement from Gaza and the Second Lebanese War. *Community Mental Health Journal*, 47, 551-559.
- Beutel, M. E., Glaesmer, H., Wiltink, J., Marian, H. y Brähler, E. (2010). Life satisfaction, anxiety, depression and resilience across the life span of men. *The Aging Male*, 13, 32-39.
- Bhushan, B., Kumar, S. S. y Harizuka, S. (2011). Bereavement, cognitive-emotional processing, and coping with the loss: a study of Indian and Japanese students. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 7, 263-280.
- Bitsika, V., Sharpley, C. F. y Peters, K. (2010). How is resilience associated with anxiety and depression? analysis of factor score interactions within a homogeneous sample. *German Journal Psychiatry*, 13, 9-16.
- Boardman, F., Griffiths, F., Kokanovic, R., Potiriadis, M., Dowrick, C. y Gunn, J. (2011). Resilience as a response to the stigma of depression: a mixed methods analysis. *Journal of Affective Disorders*, 135, 267-276.
- Bogar, C. B. y Hulse-Killacky, D. (2006). Resiliency determinants and resiliency processes among female adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Counseling & Development*, 84, 318-327.
- Boe, H. J., Holgersen, K. H. y Holen, A. (2010). Reactivation of posttraumatic stress in male disaster survivors: the role of residual symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 397-402.
- Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 135-138.

- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A. y Vlahov, D. (2006). Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the september 11th terrorist attack. *Psychological Science, 17*, 181-186.
- Bowleg, L., Huang, J., Brooks, K., Black, A. y Burkholder, G. (2003). Triple jeopardy and beyond: multiple minority stress and resilience among black lesbians. *Journal of Lesbian Studies, 7*, 87-108.
- Burns, R. A., Anstey, K. J. y Windsor, T. D. (2011). Subjective well-being mediates the effects of resilience and mastery on depression and anxiety in a large community sample of young and middle-aged adults. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 45*, 240-248.
- Burton, N. W., Pakenham, K. I. y Brown, W. J. (2010). Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: a pilot study of the READY program. *Psychology, Health & Medicine, 15*, 266-277.
- Butler, L. D., Koopman, C., Azarow, J., Blasey, C. M., Magdalene, J. C., DiMiceli, S., et al. (2009). Psychosocial predictors of resilience after the September 11, 2001 terrorist attacks. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 197*, 266-273.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L. y Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 585-599.
- Carli, V., Roy, A., Bevilacqua, L., Maggi, S., Cesaro, C. y Sarchiapone, M. (2011). Insomnia and suicidal behaviour in prisoners. *Psychiatry Research, 185*, 141-144.
- Carter-Visscher, R, Polusny, M. A., Murdoch, M., Thuras, P., Erbes, C. R. y Kehle, S. M. (2010). Predeployment gender differences in stressors and mental health among U.S.

- National Guard troops poised for operation Iraqi freedom deployment. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 78-85.
- Castillo, R. D. y Montaldo, A. M. H. (2003). Adultos resilientes al maltrato físico en la infancia. *Terapia Psicológica*, 21, 105-119.
- Catalano, D., Chan, F., Wilson, L., Chiu, C. y Muller, V. R. (2011). The buffering effect of resilience on depression among individuals with spinal cord injury: a structural equation model. *Rehabilitation Psychology*, 56, 200-211.
- Chang, K. y Taormina, R. J. (2011). Reduced secondary trauma among chinese earthquake rescuers: a test of correlates and life indicators. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 16, 542-562.
- Chiba, R., Kawakami, N., Miyamoto, Y. y Andresen, R. (2011). Quantitative relationship between recovery and benefit-finding among persons with chronic mental illness in Japan. *Nursing & Health Sciences*, 13, 126-132.
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A. y Conway, A. M. (2009). Happiness unpacked: Positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion*, 9, 361-368.
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C. y Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 31, 211-229.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T. y Lee, L. C. (2003). Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: a community survey. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 487-494.

- Craig, A., Blumgart, E. y Tran, Y. (2011). Resilience and stuttering: factors that protect people from the adversity of chronic stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 54*, 1485-1496.
- Davidson, J., Baldwin, D. S., Stein, D. J., Pedersen, R., Alves, S. Musgnung, J., et al. (2008). Effects of venlafaxine extended release on resilience in posttraumatic stress disorder: an item analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale. *International Clinical Psychopharmacology, 23*, 299-303.
- DeRoon-Cassini, T. A., Mancini, A. D., Rusch, M. D. y Bonanno, G. A. (2010). Psychopathology and resilience following traumatic injury: A latent growth mixture model analysis. *Rehabilitation Psychology, 55*, 1-11.
- Dickstein, B. D., Suvak, M., Litz, B. T. y Adler, A. B. (2010). Heterogeneity in the course of posttraumatic stress disorder: Trajectories of symptomatology. *Journal of Traumatic Stress, 23*, 331-339.
- DiCorcia, J. A. y Tronick, E. D. (2011). Quotidian resilience: exploring mechanisms that drive resilience from a perspective of everyday stress and coping. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 35*, 1593-1602.
- Diehl, M. y Hay, E. L. (2010). Risk and resilience factors in coping with daily stress in adulthood: the role of age, self-concept incoherence, and personal control. *Developmental Psychology, 46*, 1132-1146.
- DiRago, A. C. y Vaillant, G. E. (2007). Resilience in inner city youth: childhood predictors of occupational status across the lifespan. *Journal of Youth and Adolescence, 36*, 61-70.

- Dolbier, C. L., Jagers, S. E. y Steinhardt, M. A. (2010). Stress-related growth: pre-intervention correlates and change following a resilience intervention. *Stress and Health, 26*, 135-147.
- DuMont, K. A., Widom, C. S. y Czaja, S. J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: the role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse & Neglect, 31*, 255-274.
- Dutra, L., Grubbs, K., Greene, C., Trego, L. L., McCartin, T. L., Kloezeman, K., et al. (2011). Women at War: implications for mental health. *Journal of Trauma and Dissociation, 12*, 25-37.
- Edward, K., Welch, A. y Chater, K. (2009). The phenomenon of resilience as described by adults who have experienced mental illness. *Journal of Advanced Nursing, 65*, 587-595.
- Eldar-Avidan, D., Haj-Yahia, M. M. y Greenbaum, C. W. (2009). Divorce is a part of my life... Resilience, survival, and vulnerability: young adults' perception of the implications of parental divorce. *Journal of Marital and Family Therapy, 35*, 30-46.
- Engstrom, D., Hernandez, P. y Gangsei, D. (2008). Vicarious resilience: a qualitative investigation into its description. *Traumatology, 14*, 13-21.
- Ewert, A. y Yoshino, A. (2011). The influence of short-term adventure-based experiences on levels of resilience. *Journal of Adventure Education and Outdoor Learning, 11*, 35-50.
- Fleig-Palmer, M. M., Luthans, K. W. y Mandernach, B. J. (2009). Successful reemployment through resiliency development. *Journal of Career Development, 35*, 228-247.

- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H. y Martinussen, M. (2005). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *12*, 65-76.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., Martinussen, M., Aslaksen, P. M. y Flaten, M. A. (2006). Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, *61*, 213-219.
- Galatzer-Levy, I. R., Madan, A., Neylan, T. C., Henn-Haase, C. y Marmar, C. R. (2011). Peritraumatic and trait dissociation differentiate police officers with resilient versus symptomatic trajectories of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, *24*, 557-565.
- Galli, N. y Vealey, R. S. (2008). Bouncing back from adversity: athletes experiences of resilience. *Sport Psychologist*, *22*, 316-335.
- García, A. L. I., Ramos, P. J. V. y García, M. I. (2009). Los big five y el efecto moderador de la resistencia en el agotamiento emocional. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, *25*, 135-147.
- Genet, J. J. y Siemer, M. (2011). Flexible control in processing affective and non-affective material predicts individual differences in trait resilience. *Cognition & Emotion*, *25*, 380-388.
- Geschwind, N., Peeters, F., Jacobs, N., Delespaul, P., Derom, C., Thiery, E., et al. (2010). Meeting risk with resilience: high daily life reward experience preserves mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *122*, 129-138.

- Ginzburg, H. M. y Bateman, D. J. (2008). New Orleans medical students post-Katrina - an assessment of psychopathology and anticipatory transference of resilience. *Psychiatric Annals*, 38, 154-156.
- Goodley, D. (2005). Empowerment, self-advocacy and resilience. *Journal of Intellectual Disabilities*, 9, 333-343.
- Guinn, B., Vincent, V. y Dugas, D. (2009). Stress resilience among border mexican american women. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 31, 228-243.
- Haefel, G. J. y Vargas, I. (2011). Resilience to depressive symptoms: the buffering effects of enhancing cognitive style and positive life events. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 13-18.
- Haglund, M. E., Aan Het Rot, M., Cooper, N. S., Nestadt, P.S., Muller, D., Southwick, S. M., et al. (2009). Resilience in the third year of medical school: a prospective study of the associations between stressful events occurring during clinical rotations and student well-being. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 84, 258-268.
- Hart, K. E., Wilson, T. L. y Hittner, J. B. (2006). A psychosocial resilience model to account for medical well-being in relation to sense of coherence. *Journal of Health Psychology*, 11, 857-862.
- Hartley, M. T. (2011). Examining the relationships between resilience, mental health, and academic persistence in undergraduate college students. *Journal of American College Health*, 9, 596-604.
- Harvey, M. R., Mondesir, A. V. y Aldrich, H. (2007). Fostering resilience in traumatized communities. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 14, 265-285.

- Hawley, D. R. (2000). Clinical implications of family resilience. *American Journal of Family Therapy*, 28, 101-116.
- Heilemann, M. V., Pieters, H. C., Kehoe, P. y Yang, Q. (2011). Schema therapy, motivational interviewing, and collaborative-mapping as treatment for depression among low income, second generation Latinas. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 473-480.
- Hemenover, S. H. (2003). The good, the bad, and the healthy: impacts of emotional disclosure of trauma on resilient self-concept and psychological distress. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1236-1244.
- Henley, R. (2010). Resilience enhancing psychosocial programmes for youth in different cultural contexts evaluation and research. *Progress in Development Studies*, 10, 295-307.
- Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T. C., Rosenvinge, J. H. y Martinussen, M. (2006). Resilience predicting psychiatric symptoms: a prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 194-201.
- Hooberman, J., Rosenfeld, B., Rasmussen, A. y Keller, A. (2010). Resilience in trauma-exposed refugees: the moderating effect of coping style on resilience variables. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 80, 557-563.
- Hooper, L. M., Marotta, S. A. y Lanthier, R. P. (2008). Predictors of growth and distress following childhood parentification: a retrospective exploratory study. *Journal of Child and Family Studies*, 17, 693-705.
- Humphreys, J. (2003). Resilience in sheltered battered women. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 137-152.

- Iwasaki, Y., Mactavish, J. y Mackay, K. (2005). Building on strengths and resilience: leisure as a stress survival strategy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 33, 81-100.
- Johnson, J., Gooding, P. A., Madeira, A. M., Taylor, P. J., Pratt, D. y Tarrier, N. (2010). Resilience to suicidal ideation in psychosis: positive self-appraisals buffer the impact of hopelessness. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 883-889.
- Johnson, J., Wood, A. M., Gooding, P., Taylor, P. J. y Tarrier, N. (2011). Resilience to suicidality: The buffering hypothesis. *Clinical Psychology Review*, 31, 563-591.
- Justo, C. F. (2010). Intervención sobre los niveles de "burnout" y resiliencia en docentes de educación secundaria a través de un programa de conciencia plena (mindfulness). *Revista Complutense de Educación*, 21, 271-288.
- Kaczmarek, Ł. (2009). Resiliency, stress appraisal, positive affect and cardiovascular activity. *Polish Psychological Bulletin*, 40, 46-53.
- Karoly, P. y Ruchman, L. S. (2005). Psychological "resilience" and its correlates in chronic pain: Findings from a national community sample. *Pain*, 123, 90-97.
- Kersten-Alvarez, L. E., Hosman, C. M., Riksen-Walraven, J. M., Van Doesum, K. T. y Hoefnagels, C. (2010). Long-term effects of a home-visiting intervention for depressed mothers and their infants. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 51, 1160-1170.
- Kimhi, S. y Eshel, Y. (2009). Individual and public resilience and coping with long-term outcomes of war. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 14, 70-89.
- Kinman, G. y Grant, L. (2011). Exploring stress resilience in trainee social workers: the role of emotional and social competencies. *The British Journal of Social Work*, 24, 1-15.

- Kimhi, S. y Shomai, M. (2004). Community resilience and the impact of stress: adult response to Israel's withdrawal from Lebanon. *Journal of Community Psychology*, 32, 439-451.
- Lai, J. C. L. y Mak, A. J. H. (2009). Resilience moderates the impact of daily hassles on positive well-being in Chinese undergraduates. *Journal of Psychology in Chinese Societies*, 10, 151-167.
- Lam, C. B. y McBride-Chang, C. A. (2007). Resilience in young adulthood: the moderating influences of gender-related personality traits and coping flexibility. *Sex Roles*, 56, 159-172.
- Lambie, I., Seymour, F., Lee, A. y Adams, P. (2002). Resiliency in the victim-offender cycle in male sexual abuse. *A Journal of Research and Treatment*, 14, 31-48.
- Lawn, S., Hersh, D., Ward, P. R., Tsourtos, G., Muller, R., Winefield, A., et al. (2011). 'I just saw it as something that would pull you down, rather than lift you up': resilience in never-smokers with mental illness. *Health Education Research*, 26, 26-38.
- Lee, H. S., Brown, S. L., Mitchell, M. M. y Schiraldi, G. R. (2008). Correlates of resilience in the face of adversity for Korean women immigrating to the US. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 10, 415-422.
- Lee, E. O., Shen, C. y Tran, T. V. (2009). Coping with Hurricane Katrina: psychological distress and resilience among African American evacuees. *Journal of Black Psychology*, 35, 5-23.
- Lee, J. E. C., Sudom, K. A. y McCreary, D. R. (2011). Higher-order model of resilience in the Canadian forces. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 43, 222-234.

- Leifer, M., Kilbane, T. y Kalick, S. (2004). Vulnerability or resilience to intergenerational sexual abuse: the role of maternal factors. *Child Maltreatment*, 9, 78-91.
- Lengnick-Hall, C. A., Beck, T. E. y Lengnick-Hall, M. L. (2011). Developing a capacity for organizational resilience through strategic human resource management. *Human Resource Management Review*, 21, 243-255.
- Letzring, T. D., Block, J. y Funder, D. C. (2005). Ego-control and ego-resiliency: Generalization of self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self. *Journal of Research in Personality*, 39, 395-422.
- Li, M. (2008). Relationships among stress coping, secure attachment, and the trait of resilience among Taiwanese college students. *College Student Journal*, 42, 312-325.
- Li, M. y Yang, Y. (2009). Determinants of problem solving, social support seeking, and avoidance: A path analytic model. *International Journal of Stress Management*, 16, 155-176.
- Lightsey Jr., O. R. (2006). Resilience, meaning, and well-being. *The Counseling Psychologist*, 34, 96-107.
- Linares, J. L. y Vallarino, D. (2008). Schizophrenia and eco-resilience. *Journal of Systemic Therapies*, 27, 16-29.
- Lynch, S. M., Keasler, A. L., Reaves, R. C., Channer, E. G. y Bukowski, L. T. (2007). The story of my strength. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 14, 75-97.
- Maguen, S., Turcotte, D. M., Peterson, A. L., Dremsa, T. L., Garb, H. N., McNally, R. J., et al. (2008). Description of risk and resilience factors among military medical personnel before deployment to Iraq. *Military Medicine*, 173, 1-9.

- Mak, W. W. S., Ng, I. S. W. y Wong, C. C. Y. (2011). Resilience: Enhancing well-being through the positive cognitive triad. *Journal of Counseling Psychology, 58*, 610-617.
- Matt, G. E. y Valverde, C. V. (2005). Ansiedad, estado de ánimo deprimido, autoestima y síntomas de estrés traumático entre testigos distantes de los atentados terroristas del 11 de septiembre: respuestas transitorias y resiliencia psicológica. *Spanish Journal of Psychology, 4*, 34-45.
- McClure, F. H., Chavez, D. V., Agars, M. D., Peacock, M. J. y Matosian, A. (2008). Resilience in sexually abused women: risk and protective factors. *Journal of Family Violence, 23*, 81-88.
- McLaren, S. y Challis, C. (2009). Resilience among men farmers: the protective roles of social support and sense of belonging in the depression-suicidal ideation relation. *Death Studies, 33*, 262-276.
- Metzl, E. S. (2009). The role of creative thinking in resilience after hurricane Katrina. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts, 3*, 112-123.
- Miller, A. M. y Chandler, P. J. (2002). Acculturation, resilience, and depression in midlife women from the former Soviet Union. *Nursing Research, 51*, 26-32.
- Mitchell, S. J. y Ronzio, C. R. (2011). Violence and other stressful life events as triggers of depression and anxiety: What psychosocial resources protect African American mothers? *Maternal and Child Health Journal, 15*, 1272-1281.
- Moorhouse, A. y Caltabiano, M. L. (2008). Resilience and unemployment: exploring risk and protective influences for the outcome variables of depression and assertive job searching. *Journal of Employment Counseling, 44*, 115-125.

- Neff, L. A. y Broady, E. F. (2011). Stress resilience in early marriage: can practice make perfect? *Journal of Personality and Social Psychology, 101*, 1050-1067.
- Ng, S. M., Chan, T. H. Y., Chan, C. L. W., Lee, A. M., Yau, J. K. Y., Chan, C. H. Y., et al. (2006). Group debriefing for people with chronic diseases during the SARS pandemic: strength-focused and meaning-oriented approach for resilience and transformation (SMART). *Community Mental Health Journal, 42*, 53-63.
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., Bisconti, T. L. y Wallace, K. A. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology, 91*, 730-749.
- O'rourke, N., Kupferschmidt, A. L., Claxton, A., Smith, J. Z., Chappell, N. y Beattie, B. L. (2010). Psychological resilience predicts depressive symptoms among spouses of persons with Alzheimer disease over time. *Aging & Mental Health, 14*, 984-993.
- Pals, J. L. (2006). Narrative identity processing of difficult life experiences: pathways of personality development and positive self-transformation in adulthood. *Journal of Personality, 74*, 1079-1110.
- Pan, J. Y. (2011). A resilience-based and meaning-oriented model of acculturation: A sample of mainland Chinese postgraduate students in Hong Kong. *International Journal of Intercultural Relations, 35*, 592-603.
- Pargas, R. C. M., Brennan, P. A., Hammen, C. y Le Brocque, R. (2010). Resilience to maternal depression in young adulthood. *Developmental Psychology, 46*, 805-814.
- Peres, J. F. P., Foerster, B., Santana, L. G., Ferreira, M. D., Nasello, A. G., Savoia, M., et al. (2011). Police officers under attack: resilience implications of an fMRI study. *Journal of Psychiatric Research, 45*, 727-734.

- Philippe, F. L., Lecours, S. y Beaulieu-Pelletier, G. (2009). Resilience and positive emotions: examining the role of emotional memories. *Journal of Personality, 77*, 139-175.
- Philippe, F. L., Laventure, S., Beaulieu-Pelletier, G., Lecours, S. y Leves, N. (2011). Ego-resiliency as a mediator between childhood trauma and psychological symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology, 30*, 583-598.
- Pickering, M. A., Hammermeister, J., Ohlson, C., Holliday, B., Ulmer, G. y Morgan, C. (2010). An exploratory investigation of relationships among mental skills and resilience in warrior transition unit cadre members. *Military Medicine, 175*, 213-219.
- Pietrzak, R. H., Russo, A. R., Ling, Q. y Southwick, S. M. (2011). Suicidal ideation in treatment-seeking veterans of operations enduring freedom and Iraqi freedom: the role of coping strategies, resilience, and social support. *Journal of Psychiatric Research, 45*, 720-726.
- Pietrzak, R. H., Johnson, D. C., Goldstein, M. B., Malley, J. C., Rivers, A. J., Morgan C. A., et al. (2010). Psychosocial buffers of traumatic stress, depressive symptoms, and psychosocial difficulties in veterans of operations enduring freedom and Iraqi freedom: The role of resilience, unit support, and post deployment social support. *Journal of Affective Disorders, 120*, 188-192.
- Pietrzak, R. H., Johnson, D. C., Goldstein, M. B., Malley, J. C. y Southwick, S. M. (2009). Psychological resilience and post deployment social support protect against traumatic stress and depressive symptoms in soldiers returning from operations enduring freedom and Iraqi freedom. *Depression and Anxiety, 26*, 745-751.

- Pietrzak, R. H. y Southwick, S. M. (2011). Psychological resilience in OEF–OIF Veterans: Application of a novel classification approach and examination of demographic and psychosocial correlates. *Journal of Affective Disorders, 133*, 560-568.
- Pole, N., Kulkarni, M., Bernstein, A., Kaufmann, G. P., Nnamdi, K. M., Bernstein, A., et al. (2006). Resilience in retired police officers. *Traumatology, 12*, 207-216.
- Prati, G. y Pietrantonio, L. (2010). Risk and resilience factors among Italian municipal police officers exposed to critical incidents. *Journal of Police and Criminal Psychology, 25*, 27-33.
- Resnick, B., Galik, E., Gruber-Baldini, A. y Zimmerman, S. (2011). Testing the effect of function-focused care in assisted living. *Journal of the American Geriatrics Society, 59*, 2233-2240.
- Richardson, G. E. y Waite, P. J. (2002). Mental health promotion through resilience and resiliency education. *International Journal of Emergency Mental Health, 4*, 65-76.
- Riulli, L., Savicki, V. y Cepani, A. (2002). Resilience in the face of catastrophe: optimism, personality, and coping in the Kosovo crisis. *Journal of Applied Social Psychology, 32*, 1604-1627.
- Riulli, L., Savicki, V. y Spain, E. (2010). Positive emotions in traumatic conditions: Mediation of appraisal and mood for military personnel. *Military Psychology, 22*, 176-206.
- Rogers, S., Karen, E. M. y Evenson, C. R. (2003). Signs of resilience: assets that support Deaf adults' success in bridging the Deaf and hearing worlds. *American Annals of the Deaf, 148*, 222-232.

- Roundina, K., Hartb, K. E., Hibbardb, S. y Carrollc, M. (2011). Emotional resilience in young adults who were reared by depressed parents: the moderating effects of offspring religiosity/spirituality. *Journal of Spirituality in Mental Health, 13*, 236-246.
- Roy, A., Carli, V. y Sarchiapone, M. (2011). Resilience mitigates the suicide risk associated with childhood trauma. *Journal of Affective Disorders, 133*, 591-594.
- Roy, A., Sarchiapone, M. y Carli, V. (2007). Low resilience in suicide attempters. *Archives of Suicide Research, 11*, 265-269.
- Ruiz, A. B., Santos, L. O., Ruiz, G. B., Forteza, G. L. y Liria, A. F. (2008). Los factores de resiliencia ante las situaciones traumáticas. Análisis tras los atentados del 11 de marzo en una muestra de pacientes en el CSM de Alcalá de Henares. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 30*, 375-391.
- Russell, G. M. y Richards, J. A. (2003). Stressor and resilience factors for lesbians, gay men, and bisexuals confronting antigay politics. *American Journal of Community Psychology, 31*, 313-28.
- Ryan, R. M., LaGuardia, J. G. y Rawsthorne, L. J. (2005). Self-complexity and the authenticity of self-aspects: effects on well being and resilience to stressful events. *North American Journal of Psychology, 7*, 431-447.
- Schaubroeck, J. M., Riolli, L. T., Peng, A. C. y Spain, E. S. (2011). Resilience to traumatic exposure among soldiers deployed in combat. *Journal of Occupational Health Psychology, 16*, 18-37.
- Schaefer, F. C., Blazer, D. G., Carr, K. F., Connor, K. M., Burchett, B., Schaefer, C. A., et al. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in cross-cultural mission assignments. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 529-539.

- Schetter, C. D. y Dolbier, C. (2011). Resilience in the context of chronic stress and health in adults. *Social and Personality Psychology Compass*, 5, 634-652.
- Selby, S., Braunack-Mayer, A., Jones, A., Clark, S., Moulding, N. y Beilby, J. (2011). Special People? an exploratory study into re-entering missionaries' identity and resilience. *Journal of Religion and Health*, 50, 1007-1023.
- Sinclair, V. G. y Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the brief resilient coping scale. *Assessment*, 11, 94-101.
- Singh, A. A. y McKleroy, V. S. (2011). "Just getting out of bed is a revolutionary act": The resilience of transgender people of color who have survived traumatic life events. *Traumatology*, 17, 34-44.
- Smith, B. W., Kay, V. S., Hoyt, T. V. y Bernard, M. L. (2009). Predicting the anticipated emotional and behavioral responses to an avian flu outbreak. *American Journal of Infection Control*, 37, 371-380.
- Smith, B. W., Tooley, E. M., Christopher, P. J. y Kay, V. S. (2010). Resilience as the ability to bounce back from stress: a neglected personal resource? *The Journal of Positive Psychology*, 5, 166-176.
- Sood, A., Prasad, K., Schroeder, D. y Varkey, P. (2011). Stress management and resilience training among department of medicine faculty: a pilot randomized clinical trial. *Journal of General Internal Medicine*, 26, 858-861.
- Sossou, M. A., Craig, C. D., Ogren, H. y Schnak, M. (2008). A qualitative study of resilience factors of Bosnian refugee women resettled in the Southern United States. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work: Innovation in Theory, Research & Practice*, 17, 365-385.

- Stajduhar, K. I., Funk, L., Shaw, A. L., Bottorff, J. L. y Johnson, J. (2009). Resilience from the perspective of the illicit injection drug user: An exploratory descriptive study. *International Journal of Drug Policy*, 20, 309-316.
- Steensma, H., Den Heijer, M. y Stallen, V. (2006). Research note: effects of resilience training on the reduction of stress and depression among dutch workers. *International Quarterly of Community Health Education*, 27, 145-159.
- Stein, M. (2008). Resilience and people leaving care. *Child Care in Practice*, 14, 35-44.
- Steinhardt, M. y Dolbier, C. (2008). Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *Journal of American College Health*, 56, 445-453.
- Suzuki, S. L., Geffner, R. y Bucky, S. F. (2008). The experiences of adults exposed to intimate partner violence as children: an exploratory qualitative study of resilience and protective factors. *Journal of Emotional Abuse*, 8, 103-121.
- Taylor, J., Jacoby, A., Baker, G. A., Marson, A. G., Ring, A. y Whitehead, M. (2011). Factors predictive of resilience and vulnerability in new-onset epilepsy. *Epilepsia*, 52, 610-618.
- Tosone, C., McTighe, J. P. Bauwens, J. y Naturale, A. (2011). Shared traumatic stress and the long-term impact of 9/11 on Manhattan clinicians. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 546-552.
- Tschan, R., Best, C., Beutel, M. E., Knebel, A., Wiltink, J., Dieterich, M., et al. (2011). Patients' psychological well-being and resilient coping protect from secondary somatoform vertigo and dizziness (SVD) 1 year after vestibular disease. *Journal of Neurology*, 258, 104-112.

- Tsourtos, G., Ward, P. R., Muller, R., Gramado, S., Winefield, A. H., Hersh, D., et al. (2011). The importance of resilience and stress to maintaining smoking abstinence and cessation: a qualitative study in Australia with people diagnosed with depression. *Health & Social Care in the Community, 19*, 299-306.
- Tugade, M. M. y Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology, 86*, 320-333.
- Tummala-Narra, P. (2007). Conceptualizing trauma and resilience across diverse contexts: a multicultural perspective. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 14*, 33-53.
- Uji, M., Kitamura, T. y Nagata, T. (2011). Self-conscious affects: their adaptive functions and relationship to depressive mood. *American Journal of Psychotherapy, 65*, 27-46.
- Unrau, Y. A., Seita, J. R. y Putney, K. S. (2008). Former foster youth remember multiple placement moves: a journey of loss and hope. *Children and Youth Services Review, 30*, 1256-1266.
- Utsey, S. O., Hook, J. N., Fischer, N. y Belvet, B. (2008). Cultural orientation, ego resilience, and optimism as predictors of subjective well-being in African Americans. *The Journal of Positive Psychology, 3*, 202-210.
- Van-Vliet, K. J. (2008). Shame and resilience in adulthood: a grounded theory study. *Journal of Counseling Psychology, 55*, 233-245.
- Vandergriff-Avery, M., Anderson, E. A. y Braun, B. (2004). Resiliency capacities among rural low-income families. *Families in Society, 85*, 562-570.

- Velichkovsky, B. B. (2009). Primary and secondary appraisals in measuring resilience to stress. *Psychology in Russia: State of Art, 1*, 539-563.
- Veselka, L., Schermer, J. A., Martin, R. A. y Vernon, P. A. (2010). Laughter and resiliency: a behavioral genetic study of humor styles and mental toughness. *Twin Research and Human Genetics, 13*, 442-449.
- Vickers, M. H. y Parris, M. A. (2007). "Your job no longer exists!" From experiences of alienation to expectations of resilience: A phenomenological study. *Employee Responsibilities and Rights Journal, 19*, 113-125.
- Viljoen, S., Nicholls, T., Greaves, C., Ruiter, C. y Brink, J. (2011). Resilience and successful community reintegration among female forensic psychiatric patients: a preliminary investigation. *Behavioral Sciences & the Law, 29*, 752-770.
- Wagnild, G. (2009). A Review of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement, 17*, 105-113.
- Walsh, K., Blaustein, M., Knight, W. G., Spinazzola, J. y Van Der Kolk, B. A. (2007). Resiliency factors in the relation between childhood sexual abuse and adulthood sexual assault in college-age women. *Journal of Child Sexual Abuse, 29*, 752-770.
- Waugh, C. E., Fredrickson, B. L. y Taylor, S. F. (2008). Adapting to life's slings and arrows: individual differences in resilience when recovering from an anticipated threat. *Journal of Research in Personality, 42*, 1031-1046.
- Waugh, C. E., Thompson, R. J. y Gotlib, I. H. (2011). Flexible emotional responsiveness in trait resilience. *Emotion, 11*, 1059-1067.

- Welcome, S. E., Leonard, C. M. y Chiarello, C. (2010). Alternate reading strategies and variable asymmetry of the plenum temporal in adult resilient readers. *Brain and Language, 113*, 73-83.
- Wilks, S. E. (2008). Psychometric evaluation of the shortened resilience scale among alzheimer's caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 23*, 143-149.
- Wilks, S. E. y Spivey, C. A. (2010). Resilience in undergraduate social work students: social support and adjustment to academic stress. *Social Work Education: The International Journal, 29*, 276-288.
- Wilmshurst, L., Peele, M. y Wilmshurst, L. (2011). Resilience and well-being in college students with and without a diagnosis of ADHD. *Journal of Attention Disorders, 15*, 11-17.
- Wingo, A. P., Fani, N., Bradley, B. y Ressler, K. J. (2010). Psychological resilience and neurocognitive performance in a traumatized community sample. *Depression and Anxiety, 27*, 768-774.
- Wingo, A. P., Wrenn, G., Pelletier, T., Gutman, A. R., Bradley, B. y Ressler, K. J. (2010). Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. *Journal of Affective Disorders, 23*, 143-149.
- Wrenn, G. L., Wingo, A. P., Moore, R., Pelletier, T., Gutman, A. R., Bradley, B., et al. (2011). The effect of resilience on posttraumatic stress disorder in trauma-exposed inner-city primary care patients. *Journal of the National Medical Association, 103*, 560-566.

Wu, M. S., Yan, X., Zhou, C., Chen, Y., Li, J., Zhu, Z., et al. (2011). General belief in a just world and resilience: evidence from a collectivistic culture. *European Journal of Personality, 25*, 431-442.

Wyche, K. F., Pfefferbaum, R. L., Pfefferbaum, B., Norris, F. H., Wisniewski, D. y Younger, H. (2011). Exploring community resilience in workforce communities of first responders serving Katrina survivors. *American Journal of Orthopsychiatry, 81*, 18-30.

Yonezawa, S., Jones, M. y Singer, N. R. (2011). Teacher resilience in urban schools: the importance of technical knowledge, professional community, and leadership opportunities. *Urban Education, 46*, 913-931.

Zahran, S., Peek, L., Snodgrass, J. G., Weiler, S. y Hempel, L. (2011). Economics of disaster risk, social vulnerability, and mental health resilience. *Risk Analysis, 31*, 1107-1119.

Zauszniewski, J. A., Bekhet, A. K. y Suresky, M. J. (2009). Effects on resilience of women family caregivers of adults with serious mental illness: the role of positive cognitions. *Archives of Psychiatric Nursing, 23*, 412-422.

Zraly, M. y Nyirazinyoye, L. (2010). Don't let the suffering make you fade away: an ethnographic study of resilience among survivors of genocide-rape in southern Rwanda. *Social Science & Medicine, 70*, 1656-1664.

### *Resiliencia y enfermedades físicas*

Betancourt, T. S., Meyers-Ohki, S., Stulac, S. N., Barrera, A. E., Mushashi, C y Beardslee, W. R. (2011). Nothing can defeat combined hands (Abashize hamwe ntakibananira): protective processes and resilience in Rwandan children and families affected by HIV/AIDS. *Social Science & Medicine, 73*, 693-701.

- Berry, J. W., Elliott, T. R. y Rivera, P. (2007). Resilient, undercontrolled, and overcontrolled personality prototypes among persons with spinal cord injury. *Journal of Personality Assessment*, 89, 292-302.
- Bonanno, G. A., Ho, S. M. Y., Chan, J. C. K., Kwong, R. S. Y., Cheung, C. K. Y., Wong, C. P. Y., et al. (2008). Psychological resilience and dysfunction among hospitalized survivors of the SARS epidemic in Hong Kong: A latent class approach. *Health Psychology*, 27, 659-667.
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., et al. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from pre loss to 18-months post loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1150-1164.
- Bowen, D. J., Morasca, A. A. y Meischke, H. (2003). Measures and correlates of resilience, *Women & Health*, 38, 65-76.
- Bradshaw, B. G., Richardson, G. E., Kumpfer, K., Carlson, J., Stanchfield, J., Geral, J., et al. (2007). Determining the efficacy of a resiliency training approach in adults with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 33, 650-659.
- Brix, C., Schleussner, C., Füllerb, J., Roehrig, B. y Wendt, T. G. (2008). The need for psychosocial support and its determinants in a sample of patients undergoing radiooncological treatment of cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 541-548.
- Chan, I. W. S., Lai, J. C. L. y Wong, K. W. N. (2006). Resilience is associated with better recovery in Chinese people diagnosed with coronary heart disease. *Psychology & Health*, 21, 335-349.
- Davis, S. J. y Spillman, S. (2011). Reasons for drug abstinence: a study of drug use and resilience. *Journal of Psychoactive Drugs*, 43, 14-19.

- Delport, R., Strydom, H., Theron, L. y Geyer, S. (2011). Voices of HIV&AIDS-affected educators: how they are psychosocially affected and how REds enabled their resilience. *AIDS Care: Psychological and Sociomedical Aspects of AIDS/HIV*, 23, 121-126.
- Denisco, S. (2011). Exploring the relationship between resilience and diabetes outcomes in African Americans. *Journal American Academy of Nurse Practitioners*, 23, 602-610.
- Emler, C. A., Tozay, S. y Raveis, S. H. (2011). "I'm not going to die from the AIDS": resilience in aging with HIV disease. *Gerontologist*, 51, 101-111.
- Faber, E. W., Shwartz, J. A. J., Schaper, P. E., Moonen, D. J. y Mcdaniel, J. S. (2000). Resilience factors associated with adaptation to HIV disease. *Psychosomatics*, 41, 140-146.
- Frain, M. P., Bishop, M., Tschopp, M. K., Ferrin, M. J. y Frain, J. (2009). Adherence to medical regimens understanding the effects of cognitive appraisal, quality of life, and perceived family resiliency. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 52, 237-250.
- Gucciardi, D. F., Jackson, B., Coulter, T. J. y Mallett, C. J. (2011). The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): dimensionality and age-related measurement invariance with Australian cricketers. *Psychology of Sport and Exercise*, 12, 423-433.
- Hallas, C. N., Thornton, E. W., Fabri, B. M., Fox, M. A. y Jackson, M. (2003). Predicting blood pressure reactivity and heart rate variability from mood state following coronary artery bypass surgery. *International Organization of Psychophysiology*, 47, 43-55.
- Harrowing, J. y Mill, J. (2010). Moral distress among Ugandan nurses providing HIV care: a critical ethnography. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 723-731.

- Hernandez, V. R. y Mendoza, C. T. (2011). Shame resilience: a strategy for empowering women in treatment for substance abuse. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 11*, 375-393.
- Hopwood, M. y Treloar, C. (2008). Resilient coping: applying adaptive responses to prior adversity during treatment for hepatitis C infection. *Journal of Health Psychology, 13*, 17-27.
- Hou, W. K., Law, C. C., Yin, J. y Fu, Y. T. (2010). Resource loss, resource gain, and psychological resilience and dysfunction following cancer diagnosis: a growth mixture modeling approach. *Health Psychology, 29*, 484-495.
- Jackson, D., Firtko, A. y Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of Advanced Nursing, 60*, 1-9.
- Jamison, M. G., Weidner, A. C., Romero, A. A. y Amundsen, C. L. (2007). Lack of psychological resilience: an important correlate for urinary incontinence. *International Urogynecology Journal Pelvic Floor Dysfunction, 18*, 1127-32.
- Johnson-Wright, L., Zautra, A. J. y Going, S. (2008). Adaptation to early knee osteoarthritis: the role of risk, resilience, and disease severity on pain and physical functioning. *Annals of Behavioral Medicine, 36*, 70-80.
- Klerk, H. y Greeff, A. P. (2011). Resilience in parents of young adults with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness, 105*, 414-424.
- Kralik, D., Van Loon, A. y Visentin, K. (2006). Resilience in the chronic illness experience. *Educational Action Research, 14*, 187-201.

- Loprinzi, C. E, Prasad, K., Schroeder, D. R. y Sood, A. (2011). Stress management and resilience training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a pilot randomized clinical trial. *Clinical Breast Cancer, 11*, 364-368.
- Munro, I. y Edward, K. L. (2008). The lived experience of gay men caring for others with HIV/AIDS: resilient coping skills. *International Journal of Nursing Practice, 14*, 122-128.
- Norman, S., Luthans, B. y Luthans, K. (2005). The proposed contagion effect of hopeful leaders on the resiliency of employees and organizations. *Journal of Leadership & Organizational Studies, 12*, 55-64.
- Ocampo, J., Valdéz-Medina, J. L., González-Arratia, N. I., Andrade-Palos, P., Oblitas-Guadalupe, L. A. y García-Fabela, R. O. (2011). Variables psicológicas predictoras de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Clínica Psicológica, 3*, 265-269.
- Ong, A. D., Zautra, A. J. y Reid, M. C. (2010). Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. *Psychology and Aging, 25*, 516-523.
- Pagnini, F., Bomba, G., Guenzani, D., Banfi, P., Castelnuovo, G. y Molinari, E. (2011). Hacer frente a la esclerosis lateral amiotrófica: la capacidad de resiliencia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 3*, 213-219.
- Ponto, J. A., Ellington, L., Mellon, S. y Beck, S. L. (2010). Predictors of adjustment and growth in women with recurrent ovarian cancer. *Oncology Nursing Forum, 37*, 357-364.
- Quale, A. J. y Schanke, A. K. (2010). Resilience in the face of coping with a severe physical injury: A study of trajectories of adjustment in a rehabilitation setting. *Rehabilitation Psychology, 55*, 12-22.

- Quiceno, J. M., Vinaccia, S. y Remor, E. A. (2011). Programa de potenciación de la resiliencia para pacientes con artritis reumatoide. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 16*, 27-47.
- Radina, M. E. y Armer, J. M. (2004). Surviving breast cancer and living with lymphedema: resiliency among women in the context of their families. *Journal of Family Nursing, 10*, 485-505.
- Sells, D., Sledge, W. H., Wieland, M., Walden, D., Flanagan, E., Miller, R., et al. (2009). Cascading crises, resilience and social support within the onset and development of multiple chronic conditions. *Chronic Illness, 5*, 92-102.
- Simeon, D., Yehuda, R., Cunill, R., Knutelska, M., Putnam, F. W. y Smith, L. M. (2007). Factors associated with resilience in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology, 32*, 1149-1152.
- Smith, B. y Zautra, A. J. (2008). Vulnerability and resilience in women with arthritis: test of a two factor model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 799-810.
- Steinhardt, M., Mamerow, M., Brown, S. y Jolly, C. (2009). A Resilience intervention in African American adults with type 2 diabetes: a pilot study of efficacy. *Diabetes Education, 36*, 274-284.
- Strand, E. B., Zautra, A. J., Thoresen, M., Ødegård, S., Uhlig, T. y Finset, A (2006). Positive affect as a factor of resilience in the pain—negative affect relationship in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research, 60*, 477-484.
- Sutherland, J. A., Cook, L., Stetina, P. y Hernandez, C. (2009). Women in substance abuse recovery: measures of resilience and self-differentiation. *Western Journal of Nursing Research, 31*, 905-922.

- Tarakeshwar, N., Hansen, N. B., Kochman, A., Fox, A. y Sikkema, K. J (2006). Resiliency among individuals with childhood sexual abuse and HIV: perspectives on addressing sexual trauma. *Journal of Traumatic Stress, 19*, 449-460.
- Tebes, J. K., Irish, J. T., Vasquez, M. J. P. y Perkins, D. V. (2004). Cognitive transformation as a marker of resilience. *Substance Use & Misuse, 39*, 769-788.
- Vinaccia, S. y Quiceno, J. M. (2011a). Calidad de vida relacionada con la salud y factores psicológicos: un estudio desde la enfermedad pulmonar obstructiva crónica-EPOC. *Terapia Psicológica Revista Chilena de Psicología Clínica, 29*, 65-75.
- Vinaccia, S. y Quiceno, J. M. (2011b). Resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia renal. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 20*, 201-211.
- White, B., Driver, S. y Warren, A. M. (2010). Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology, 55*, 23-32.
- White, N., Richter, J., Koeckeritz, J., Munch, K. y Walter, P. (2004). "Going Forward": family resiliency in patients on hemodialysis. *Journal of Family Nursing, 10*, 357-378.
- White, N., Richter, J., Koeckeritz, J., Lee, Y. A. y Munch, K. L. (2002). A cross-cultural comparison of family resiliency in hemodialysis patients. *Journal of Transcultural Nursing, 13*, 218-227.
- Williams, N. R., Davey, M. y Klock-Powell, K. (2003). Rising from the ashes: stories of recovery, adaptation and resiliency in burn survivors. *Social Work in Health Care, 36*, 53-77.

- Yan, E. y Tang, C. S. K. (2007). Spousal support as a resilience factor in mitigating Chinese women's grief reaction to reproductive loss. *Journal of Psychology in Chinese Societies*, 8, 27-45.
- Yi, J. P., Vitaliano, P. P., Smith, R. E., Yi, J. C. y Weinger, K. (2008). The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 13, 311-325.
- Yi-Frazier, J. P., Smith, R. E., Vitaliano, P. P., Yi, J. C., Mai, S., Hillman, M., et al. (2010). A person-focused analysis of resilience resources and coping in diabetes patients. *Stress Health*, 26, 51-60.
- Yu, X. N., Lau, J. T. F., Mak, W. W. S., Cheng, Y. M., Lv, Y. H. y Zhang, J. X. (2009). Risk and protective factors in association with mental health problems among people living with HIV who were former plasma/blood donors in rural China. *AIDS Care*, 21, 645-654.
- Resiliencia y variables familiares y educativas*
- Acevedo, V. E. y Ochoa, H. M. (2005). Resiliencia y escuela. *Pensamiento Psicológico*, 1, 21-35.
- Bayat, M. (2007). Evidence of resilience in families of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 702-714.
- Bonanno, G. A., Moskowitz, J. T., Papa, A. y Folkman, S. (2005). Resilience to loss in bereaved spouses, bereaved parents, and bereaved gay men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 827-843.

- Bong, S. A. (2011). Negotiating resistance/resilience through the nexus of spirituality-sexuality of same-sex partnerships in Malaysia and Singapore. *Marriage & Family Review, 47*, 648-665.
- Bosworth, K. y Earthman, E. (2002). From theory to practice: school leaders' perspectives on resiliency. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 299-306.
- Brody, A. C. y Simmons, L. A. (2007). Family resiliency during childhood cancer: the father's perspective. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 24*, 152-165.
- Brown, B. (2006). Shame resilience theory: a grounded theory study on women and shame. *Families in Society, 87*, 43-52.
- Canaval, G. E., González, M. C. y Sánchez, M. O. (2007). Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja. *Colombia médica, 38*, 72-78.
- Castro, A. J., Kelly, J. y Shih, M. (2010). Resilience strategies for new teachers in high-needs areas. *Teaching and Teacher Education, 26*, 622-629.
- Cavazos, J., Johnson, M. B., Fielding, C., Cavazos, A. G. y Castro, V. (2010). A qualitative study of resilient latina/o college students. *Journal of Latinos and Education, 9*, 172-188.
- Cefai, C. (2004). Pupil resilience in the classroom. *Emotional and Behavioral Difficulties, 9*, 149-170.
- Chapin, M. (2011). Family resilience and the fortunes of war. *Social Work in Health Care, 50*, 527-542.

- Clauss-Ehlers, C. S. y Wibrowski, C. R. (2007). Building educational resilience and social support: the effects of the educational opportunity fund program among first- and second-generation college. *Journal of College Student Development, 48*, 574-584.
- Cohen, L., Ferguson, C., Harms, C., Pooley, J. A. y Tomlinson, S. (2011). Family systems and mental health issues: a resilience approach. *Journal of Social Work Practice: Psychotherapeutic Approaches in Health, Welfare and the Community, 1*, 109-125.
- Cohen, O., Slonim, I., Finzi, R. y Leichtentritt, R. D. (2002). Family resilience: Israeli mothers' perspectives. *The American Journal of Family Therapy, 30*, 173-187.
- Connolly, C. M. (2005). A qualitative exploration of resilience in long-term lesbian couples. *The Family Journal, 13*, 266-280.
- Criss, M. M., Pettit, G. S., Bates, J. E., Dodge, K. A. y Lapp, A. L. (2002). Family adversity, positive peer relationships, and children's externalizing behavior: a longitudinal perspective on risk and resilience. *Child Development, 73*, 1220-1237.
- Daining, C. y DePanfilis, D. (2007) Resilience of youth in transition from out-of-home care to adulthood. *Children and Youth Services Review, 29*, 1158-1178.
- Domínguez -Ossa, E. y Godín-Díaz, R. (2007) La resiliencia en familias desplazadas por la violencia sociopolítica ubicadas en Sincelejo. *Psicología desde el Caribe, 19*, 154-180.
- Fagan, J. y Palkovitz, R. (2007). Unmarried, nonresident fathers' involvement with their infants: A risk and resilience perspective. *Journal of Family Psychology, 21*, 479-489.
- Fagan, J., Palkovitz, R., Roy, K. y Farrie, D. (2009). Pathways to paternal engagement: longitudinal effects of risk and resilience on nonresident fathers. *Developmental Psychology, 45*, 1389-1405.

- Frain, M. P., Berven, N. L., Chan, F. y Tschopp, M. K. (2008). Family resiliency, uncertainty, optimism, and the quality of life of individuals with HIV/AIDS. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 52*, 16-27.
- Golding, A. C. (2006). Redefining the nuclear family. *Journal of Feminist Family Therapy, 18*, 35-65.
- González, C. (2004). Transformación y resiliencia en familias desplazadas por la violencia hacia Bogotá. *Revista de Estudios Sociales, 18*, 123-130.
- González-Arratia, N. I., Nieto, D. y Valdéz-Medina, J. L. (2011). Resiliencia en madres e hijos con cáncer. *Psicooncología, 8*, 113-123.
- Grant, G., Ramcharan, P. y Flynn, M. (2008). Resilience in families with children and adult members with intellectual disabilities: tracing elements of a psychosocial model. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 20*, 563-575.
- Greeff, A. P. y Du Toit, C. (2009). Resilience in remarried families. *The American Journal of Family Therapy, 37*, 114-126.
- Greeff, A. P. y Fillis, A. J. (2009). Resiliency in poor single-parent families. *Families in Society, 90*, 279-285.
- Greeff, A. P. y Human, B. (2004). Resilience in families in which a parent has died. *The American Journal of Family Therapy, 32*, 27-42.
- Greeff, A. P. y Joubert, A. M. (2007) Spirituality and resilience in families in which a parent has died. *Psychological Reports, 100*, 897-900.
- Greeff, A. P. y Loubser, K. (2008). Spirituality as a resiliency quality in xhosa-speaking families in South Africa. *Journal of Religion and Health, 47*, 288-301.

- Greeff, A. P. y Ritman, I. N. (2005). Individual characteristics associated with resilience in single-parent families. *Psychological Reports, 96*, 36-42.
- Greeff, A. P. y Van Der Merwe, S. (2004). Variables associated with resilience in divorced families. *Social Indicators Research, 68*, 59-75.
- Greeff, A. P. y Van der Walt, K. (2010). Resilience in families with an autistic child. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities, 45*, 347-355.
- Greeff, A. P., Vansteenwegen, A. y DeMot, L. (2006). Resiliency in divorced families. *Social Work in Mental Health, 4*, 67-81
- Greeff, A. P., Vansteenwegen, A. y Ide, M. (2006). Resiliency in families with a member with a psychological disorder. *American Journal of Family Therapy, 34*, 285-300.
- Greeff, A. P. y Wentworth, A. (2009). Resilience in families that have experienced heart-related trauma. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological, 28*, 302-314.
- Gu, Q. y Day, C. (2008). Teachers resilience: a necessary condition for effectiveness. *Teaching and Teacher Education, 23*, 1302-1316.
- Howard, S. y Johnson, B. (2005). Resilient teachers: resisting stress and burnout. *Social Psychology of Education, 7*, 399-420.
- Jackson, N. E. y Doellinger, H. L. (2002). Resilient readers? university students who are poor recoders but sometimes good text comprehenders. *Journal of Educational Psychology, 94*, 64-78.
- Knestrict, T. y Kuchey, D. (2009). Welcome to Holland: characteristics of resilient families raising children with severe disabilities. *Journal of Family Studies, 15*, 227-244.

- Levine, K. A. (2009). Against all odds: resilience in single mothers of children with disabilities. *Social Work in Health Care, 48*, 402-419.
- Lietz, C. A. y Strength, M. (2011). Stories of successful reunification: a narrative study of family resilience in child welfare. *Families in Society, 92*, 203-210.
- Liezl, J. y Greeff, A. P. (2009). Resilience factors in families living with people with mental illnesses. *Journal of Community Psychology, 37*, 859-873.
- McCubbin, M., Balling, K., Possin, P., Friedrich, S. y Bryne, B. (2002). Family resiliency in childhood cancer. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies, 51*, 103-111.
- McMahon, C. A., Gibson, F. L., Allen, J. L. y Saunders, D. (2007). Psychosocial adjustment during pregnancy for older couples conceiving through assisted reproductive technology. *Human Reproduction, 22*, 1168-1174.
- Monteith, B. y Ford-Gilboe, M. (2002). The relationships among mother's resilience, family health work, and mother's health-promoting lifestyle practices in families with preschool children. *Journal of Family Nursing, 8*, 383-407.
- Patterson, J. H., Collins, L. y Abbott, G. (2004). A study of teacher resilience in urban schools. *Journal of Instructional Psychology, 31*, 3-11.
- Punamäki, R. L., Qouta, S., El Sarraj, E. y Montgomery, E. (2006). Psychological distress and resources among siblings and parents exposed to traumatic events. *International Journal of Behavioral Development, 30*, 385-397.

- Quinney, D. M. y Fouts, G. T. (2003). Resilience and divorce adjustment in adults participating in divorce recovery workshops. *Journal of Divorce & Remarriage*, 40, 55-68.
- Retzlaff, R. (2007). Families of children with Rett syndrome: stories of coherence and resilience. *Families, Systems, & Health*, 25, 246-262.
- Rodrigo-López, M. J., Camacho-Rosales, J., Máiquez-Chaves, M. L., Byrne, S. y Benito-Cruz, J. M. (2009). Factores que influyen en el pronóstico de recuperación de las familias en riesgo psicosocial: el papel de la resiliencia del menor. *Psicothema*, 21, 90-96.
- Ross, L., Holliman, D. y Dixon, D. R. (2003). Resiliency in family caregivers: implications for social work practice. *Journal of Gerontological Social Work*, 40, 81-96.
- Schofield, G. (2002). The significance of a secure base: a psychosocial model of long-term foster care. *Child & Family Social Work*, 7, 259-272.
- Schoon, I., Parsons, S. y Sacker, A. (2004). Socioeconomic adversity, educational resilience, and subsequent levels of adult adaptation. *Journal of Adolescent Research*, 19, 383-404.
- Taylor, E. R. y Thomas, C. (2002). The application of resiliency process by school counselors in Texas. *Journal of Professional Counseling, Practice, Theory, & Research*, 30, 56-67.
- Thomas, D. A. y Woodside, M. (2011). Resilience in adult children of divorce: A multiple case study. *Marriage & Family Review*, 47, 213-234.
- Toland, J. y Carrigan, D. (2011). Educational psychology and resilience: new concept, new opportunities. *School Psychology International*, 32, 95-106.
- Turner, S. G. (2002). Resilience and social work practice: three case studies. *Families in Society*, 82, 441-448.

Wright, M. O., Fopma-Loy, J. y Fischer, S. (2005). Multidimensional assessment of resilience in mothers who are child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 29, 1173-1193.

*Vulnerabilidad social*

Abelev, M. S. (2009). Advancing out of poverty social class worldview and its relation to resilience. *Journal of Adolescent Research*, 24, 114-141.

Al-Naser, F. y Sandman, M. M A. (2000). Evaluating resiliency patterns using the ER89: a case study from Kuwait. *Social Behavior and Personality*, 28, 505-514.

Barbero, J. C. G. (2007). Arteterapia, parálisis cerebral y resiliencia. *Arteterapia: Papeles de Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social*, 2, 169-180.

Bennett, J. B., Aden, C. A., Broome, K., Mitchell, K. y Rigdon, W. D. (2010). Minority faculty members' resilience and academic productivity: Are they related? *Academic Medicine*, 85, 1492-1498.

Bergeron, S. y Senn, C. Y. (2003). Health care utilization in a sample of canadian lesbian women: predictors of risk and resilience. *Women & Health*, 37, 19-35.

Bleich, A., Gelkopf, M., Melamed, Y. y Salomon, Z. (2007). Mental health and resiliency following 44 months of terrorism: a survey of an Israeli national representative sample. *BMC Medicine*, 4, 1-21.

Bletzer, K. V. (2007). Identity and resilience among persons with HIV: a rural African American experience. *Qualitative Health Research*, 17, 162-175.

Block, R. G. (2009). Is it just me? experiences of HIV-related stigma. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 8, 1-19.

- Bradley, R. y Davino, K. (2007). Interpersonal violence, recovery, and resilience in incarcerated women. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 14*, 123-146.
- Brodsky, A. E. y DeVet, K. A. (2000). "You have to be real strong": parenting goals and strategies of resilient, urban, African American, single mothers. *Journal of Prevention & Intervention in the Community, 20*, 159-178.
- Broussard, L. y Myers, R. (2010). School nurse resilience: experiences after multiple natural disasters. *The Journal of School Nursing, 26*, 203-11.
- Brown, D. L. (2008). African American resiliency: examining racial socialization and social support as protective factors. *Journal of Black Psychology, 34*, 32-48.
- Butler, L. D., Koopman, C., Azarow, J., Blasey, C. M., Magdalene, J. C., DiMiceli, S., et al. (2009). Psychosocial predictors of resilience after the September 11, 2001 terrorist attacks. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 197*, 266-273.
- Cameron, L. (2010). Dispositional resiliency and adjustment in protestant pastors: a pilot study. *Pastoral Psychology, 59*, 631-640.
- Cameron, F. y Brownie, S. (2010). Enhancing resilience in registered aged care nurses. *Australasian Journal on Ageing, 29*, 66-71.
- Campa, B. (2010). Critical resilience, schooling processes, and the academic success of Mexican Americans in a community college. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 32*, 429-455.
- Campbell, W. S. (2008). Lessons in resilience: undocumented Mexican women in South Carolina. *Affilia: Journal of Women & Social Work, 23*, 231-241.

- Campbell-Sills, L., Forde, D. R. y Stein, M. B. (2009). Demographic and childhood environmental predictors of resilience in a community sample. *Journal of Psychiatric Research, 43*, 1007-1012.
- Canvin, K., Marttila, A., Burstrom, B. y Whitehead, M. (2009). Tales of the unexpected? Hidden resilience in poor households in Britain. *Social Science & Medicine, 69*, 238-245.
- Carson, E., King, S. y Papatraianou, L. H. (2011). Resilience among social workers: the role of informal learning in the workplace. *Practice: Social Work in Action, 23*, 267-278.
- Chapeton, C. M. (2005). Fostering resiliency through literacy practices with adults in situations of displacement. *Ikala, Revista de Lenguaje y Cultura, 10*, 281-311.
- Clark, P. (2009). Resiliency in the practicing marriage and family therapist. *Journal of Marital and Family Therapy, 35*, 231-47.
- Clauss-Ehlers, C. S. (2008). Sociocultural factors, resilience, and coping: support for a culturally sensitive measure of resilience. *Journal of Applied Developmental Psychology, 29*, 197-212.
- Ebersöhn, L. y Ferreira, R. (2011). Coping in an HIV/AIDS-dominated context: teachers promoting resilience in schools. *Health Education Research, 26*, 596-613.
- Ferris, P. A., Sinclair, C. y Kline, T. J. (2005). It takes two to tango: personal and organizational resilience as predictors of strain and cardiovascular disease risk in a work sample. *Journal of Occupational Health Psychology, 10*, 225-238.
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H. y Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 14*, 29-42.

- García, I. G. (2009). Salud y mujeres inmigrantes latinoamericanas. Autoestima y resiliencia. *Index de Enfermería: Información Bibliográfica, Investigación y Humanidades*, 18, 229-233.
- Gastic, B. y Johnson, D. (2009). Teacher-mentors and the educational resilience of sexual minority youth. *Journal of Gay & Lesbian Social Services: Issues in Practice, Policy & Research*, 21, 219-231.
- Gaugler, J. E., Kane, R. L. y Newcomer, R. (2007). Resilience and transitions from dementia caregiving. *Journal of Gerontology*, 62, 38-44.
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W. y Wallis, M. (2009). The influence of personal characteristics on the resilience of operating room nurses: a predictor study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 968-976.
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Wallis, M. y Grimbeek, P. (2007). Resilience in the operating room: developing and testing of a resilience model. *Journal of Advanced Nursing*, 59, 427-438.
- González, C. A. R. y Mora, A. (2006). Narrativas resilientes en policías discapacitados por hechos violentos. *Pensamiento Psicológico*, 7, 41-53.
- Greeff, A. P., Vansteenwegen, A. y Herbiest, T. (2011). Indicators of family resilience after the death of a child. *Omega (Westport)*, 63, 343-58.
- Hammer, J. H. y Good, G. E. (2010). Positive psychology: an empirical examination of beneficial aspects of endorsement of masculine norms. *Psychology of Men & Masculinity*, 11, 303-318.

- Hanton, S., Evans, L. y Neil, R. (2003). Hardiness and the competitive trait anxiety response. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 16, 167-184.
- Harville, E. W., Xiong, X., Buekens, P., Pridjian, G. y Elkind-Hirsch, K. (2010). Resilience after hurricane Katrina among pregnant and postpartum women. *Womens Health Issues*, 20, 20-27.
- Hass, M. y Graydon, K. (2009). Sources of resiliency among successful foster youth. *Children and Youth Services Review*, 31, 457-463.
- Hernández, G. E. G. (2007). La resiliencia: conceptos y modelos aplicables al entorno escolar. *Vector Plus: Miscelánea Científico – Cultural*, 19, 27-42.
- Hernández, P., Gangsei, D. y Engstrom, D. (2007). Vicarious resilience: a new concept in work with those who survive trauma. *Family Process*, 46, 229-241.
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., Yuen, T. et al. (2007). Measuring protective factors: the development of two resilience scales in Norway. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16, 303-321.
- Hobfoll, S. E., Palmieri, P. A., Johnson, R. J., Canetti-Nisim, D., Hall, B. J. y Galea, S. (2009). Trajectories of resilience, resistance, and distress during ongoing terrorism: the case of Jews and Arabs in Israel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 138-148.
- Jackson, D., Hutchinson, M., Everett, B., Mannix, J., Peters, K., Weaver, R., et al. (2011). Struggling for legitimacy: Nursing students' stories of organizational aggression, resilience and resistance. *Nursing Inquiry*, 18, 102-110.

- Kjeldstadli, K., Tyssen, R., Finset, A., Hem, E., Gude, T., Gronvold, N. T., et al. (2006). Life satisfaction and resilience in medical school – a six-year longitudinal, nationwide and comparative study. *BMC Medical Education*, 48, 1-6.
- Lacey, S., Soares, C. A. y Paterson, C. (2009). Building resilience: a preliminary exploration of women's perceptions of the use of acupuncture as an adjunct to In Vitro Fertilisation. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 9, 1-11.
- Larrabee, J. H., Wu, Y., Persily, C. A., Simoni, P. S., Johnston, P. A., Marcischak, T. L., et al. (2010). Influence of stress resiliency on RN job satisfaction and intent to stay. *Western Journal of Nursing Research*, 32, 81-102.
- Lee, R. M. (2005). Resilience against discrimination: ethnic identity and other-group orientation as protective factors for Korean Americans. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 36-44.
- Li-fang, Z. (2011). Hardiness and the big five personality traits among Chinese university students. *Learning and Individual Differences*, 21, 109-113.
- López, S. B. (2007). Efectos individuales del despido y la resiliencia como facilitador en la búsqueda de empleo. *Panorama Socioeconómico*, 35, 168-173.
- Lundman, B., Viglund, K., Alex, L., Jonsen, E., Norberg, A., Fischer, R. S., et al. (2011). Development and psychometric properties of the Inner Strength Scale. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 1266-1274.
- Margalit, M. y Kleitman, T. (2006). Mothers' stress, resilience and early intervention. *European Journal of Special Needs Education*, 21, 269-283.

- Matos, P. S., Neushotz, L. A., Griffin, M. T. Q. y Fitzpatrick, J. J. (2010). An exploratory study of resilience and job satisfaction among psychiatric nurses working in inpatient units. *International Journal of Mental Health Nursing, 19*, 307-312.
- McMurray, I., Connolly, H., Preston-Shoot, M. y Wigley, V. (2008). Constructing resilience: Social workers' understandings and practice. *Health & Social Care in the Community, 16*, 299-309.
- Mitchell, T. L., Townsend, R. D. y Schnare, J. (2003). Community resilience or unidentified health risk? health professional perceptions on the impact of the Swissair Flight 111 disaster on surrounding. *Canadian Journal of Community Mental Health, 22*, 69-84.
- Moscardino, U., Axia, G., Scrimin, S. y Capello, F. (2007). Narratives from caregivers of children surviving the terrorist attack in Beslan: Issues of health, culture, and resilience. *Social Science & Medicine, 64*, 1776-1787.
- Murray, C. (2003). Risk factors, protective factors, vulnerability, and resilience: A framework for understanding and supporting the adult transitions of youth with high-incidence disabilities. *Remedial and Special Education, 24*, 16-24.
- Norris, F. H., Tracy, M. y Galea, S. (2009). Looking for resilience: understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. *Social Science & Medicine, 68*, 2190-2198.
- Ortega, D. (2008). Evaluación del bienestar psicológico y resiliencia de internos del CDP puente alto con beneficios intrapenitenciarios. *Revista de Estudios Criminológicos y Penitenciarios, 12*, 12-34.

- Pastor, C., Reynolds, F. A. y Moran, J. (2010). 'They're battle scars, I wear them well': a phenomenological exploration of young women's experiences of building resilience following adversity in adolescence. *Journal of Youth Studies, 13*, 273-290.
- Perez, W., Espinoza, R., Ramos, K., Coronado, H. M. y Cortes, R. (2009). Academic resilience among undocumented Latino students. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 31*, 149-181.
- Quesada, C. V. (2003). El concepto de resiliencia individual y familiar. Aplicaciones en la intervención social. *Psychosocial Intervention, 12*, 283-299.
- Radan, A. (2007). Exposure to violence and expressions of resilience in Central American women survivors of war. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 14*, 147-164.
- Salahuddin, N. M. y O'Brien, K. M. (2011). Challenges and resilience in the lives of urban, multiracial adults: an instrument development study. *Journal of Counseling Psychology, 58*, 494-507.
- Samuels, G. M. y Pryce, J. M. (2008). "What doesn't kill you makes you stronger": survivalist self-reliance as resilience and risk among young adults aging out of foster care. *Children and Youth Services Review, 30*, 1198-1210.
- Salomon, Z. y Berger, R. (2005). Coping with the aftermath of terror-resilience of ZAKA body handlers. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 10*, 593-604.
- Schok, M. L., Kleber, R. J. y Lensvelt-Mulders, G. J. L. M. (2010). A model of resilience and meaning after military deployment: personal resources in making sense of war and peacekeeping experiences. *Aging & Mental Health, 14*, 328-338.

- Schweitzer, R., Greenslade, J. y Kagee, A. (2007). Coping and resilience in refugees from the Sudan: a narrative account. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 282-288.
- Selby, S. P., Braunack-Mayer, A., Moulding, N., Jones, A., Clark, S. y Beilby, J. (2009). Resilience in re-entering missionaries: why do some do well? *Mental Health, Religion & Culture*, 12, 701-720.
- Selvidge, M. M. D., Matthews, C. R. y Bridges, S. K. (2008). The relationship of minority stress and flexible coping to psychological well being in Lesbian and Bisexual women. *Journal of Homosexuality*, 55, 450-470.
- Senserrick, T., Ivers, R., Boufous, S., Chen, H. Y., Norton, R., Stevenson, M., et al. (2010). Young driver education programs that build resilience have potential to reduce road crashes. *Pediatrics*, 124, 1287-92.
- Shakoor, M. y Fister, D. L. (2002). Finding hope in Bosnia: fostering resilience through group process intervention. *The Journal for Specialists in Group Work*, 25, 269-287.
- Singh, A. A., Hays, D. G., Chung, Y. B. y Watson, L. (2010). South Asian immigrant women who have survived child sexual abuse: resilience and healing. *Violence Against Women*, 16, 444-458.
- Siu, O., Hui, C. H., Phillips, D. R., Lin, L., Wong, T. y Shi, K. (2009). A study of resiliency among Chinese health care workers: capacity to cope with workplace stress. *Journal of Research in Personality*, 43, 770-776.
- Skinner, M. L., Haggerty, K. P., Fleming, C. B. y Catalano, R. F. (2009). Predicting functional resilience among young-adult children of opiate-dependent parents. *Journal of Adolescent Health*, 44, 283-290.

- Sojo, V. y Guarino, L. (2011). Mediated moderation or moderated mediation: relationship between length of unemployment, resilience, coping and health. *The Spanish Journal of Psychology, 14*, 272-281.
- Todd, J. L. y Worell, J. (2000). Resilience in low-income, employed, African American women. *Psychology of Women Quarterly, 24*, 119-128.
- Utsey, S. O., Bolden, M. A., Lanier, Y. y Williams, O. (2007). Examining the role of culture-specific coping as a predictor of resilient outcomes in African Americans from high-risk urban communities. *Journal of Black Psychology, 33*, 75-93.
- Wadsworth, M. E. y Santiago, C. D. (2008). Risk and resiliency processes in ethnically diverse families in poverty. *Journal of Family Psychology, 22*, 399-410.
- Waite, P. J. y Richardson, G. E. (2004). Determining the efficacy of resiliency training in the work site. *Journal of Allied Health, 33*, 178-83.
- Welsh, E. A. y Brodsky, A. E. (2010). After every darkness is light: resilient Afghan women coping with violence and immigration. *Asian American Journal of Psychology, 3*, 163-174.
- Wilks, S. E., Little, K. G., Gough, H. R. y Spurlock, W. J. (2011). Alzheimer's aggression: Influences on caregiver coping and resilience. *Journal of Gerontological Social Work, 54*, 260-275.
- Williams, S. L. y Mickelson, K. D. (2004). The nexus of domestic violence and poverty: resilience in women's anxiety. *Violence Against Women, 10*, 283-293.

Zukerfeld, R. y Zonis-Zukerfeld, R. (2011). Sobre el desarrollo resiliente: perspectiva psicoanalítica. *Clínica Contemporánea Revista de Diagnóstico Psicológico Psicoterapia y Salud*, 2, 105-120.

*Artículos psicométricos*

Alessandri, G., Vecchio, G. M., Steca, P., Caprara, M. G. y Caprara, G. V. (2007). A revised version of Kremen and block's ego resiliency scale in an Italian sample. *TPM-Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 14, 165-183.

Baek, H. S., Lee, K. U., Joo, E. J., Lee, M. Y. y Choi, K. S. (2010). Reliability and validity of the Korean version of the Connor-Davidson resilience scale. *Psychiatry Investigation*, 7, 109-115.

Bernstein, A., Tanay, G. y Vujanovic, A. A. (2011). Concurrent relations between mindful attention and awareness and psychopathology among trauma-exposed adults: preliminary evidence of transdiagnostic resilience. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25, 99-113.

Bowen, G. L. y Martin, J. A. (2011). The resiliency model of role performance for service members, veterans, and their families: a focus on social connections and individual assets. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 21, 162-178.

Burns, R. A. y Anstey, K. J. (2010). The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC): testing the invariance of a unidimensional resilience measure that is independent of positive and negative affect. *Personality and Individual Differences* 48, 527-531.

Campbell-Sills, L. y Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC): validation of a 10-Item measure of Resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 1019-1028.

- Chiba, R., Miyamoto, Y. y Kawakami, N. (2010). Reliability and validity of the Japanese version of the Recovery Assessment Scale (RAS) for people with chronic mental illness: Scale development. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 314-322.
- Connor, K. M. y Davidson, J. R.T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Cui, L. T., Xiujie, L., Xupei, O. y Tian P. S. (2010). The factor structure and psychometric properties of the resiliency scale in Chinese undergraduates. *European Journal of Psychological Assessment*, 26, 162-171.
- Fikretoglu, D., Brunet, A., Poundja, J., Guay, S. y Pedlar, D. (2006). Validation of the deployment risk and resilience inventory in French-Canadian veterans: findings on the relation between deployment experiences and post deployment health. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 755-63.
- Friborg, O., Martinussen, M. y Rosenvinge, J. H. (2006). Likert-based vs. semantic differential-based scorings of positive psychological constructs: A psychometric comparison of two versions of a scale measuring resilience. *Personality and Individual Differences*, 4, 873-884.
- Harvey, M. R., Liang, B., Harney, P. A., Koenen, K., Tummala-Narra, P. y Lebowitz, L. (2003). A multidimensional approach to the assessment of trauma impact, recovery and resiliency: initial psychometric findings. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6, 87-109.
- Haz, A. M., Castillo, R. y Aracena, M. (2003). Adaptación preliminar del instrumento Multidimensional Trauma Recovery and Resilience (MTRR) en una muestra de madres

maltratadoras físicas con historia de maltrato físico y madres no maltratadoras con historia de maltrato físico. *Child Abuse & Neglect*, 27, 807-820.

Heilemann, M.V., Lee, K. y Kury, F. S. (2003). Psychometric properties of the Spanish version of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 11, 61-71.

Hjemdal, O., Friborg, O., Braun, S., Kempnaers, C., Linkowski, P. y Fossion, P. (2011). The resilience scale for adults: construct validity and measurement in a Belgian sample. *International Journal of Testing*, 11, 53-70.

Hystad, S. W., Eid, J., Johnsen, B. H., Laberg, J. C. y Bartone, P. T. (2010). Psychometric properties of the revised Norwegian dispositional resilience (hardiness) scale. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 237-245.

Jowkar, B., Friborg, O. y Hjemdal, O. (2010). Cross-cultural validation of the Resilience Scale for Adults (RSA) in Iran. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 418-425.

Karairmak, Ö. (2010). Establishing the psychometric qualities of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. *Psychiatry Research*, 179, 350-356.

Khoshouei, M. S. (2009). Psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using Iranian students. *International Journal of Testing*, 6, 60-66.

Lundman, B., Strandberg, G., Eisemann, M., Gustafson, Y. y Brulin, C. (2007). Psychometric properties of the Swedish version of the Resilience Scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 229-237.

- Madsen, M. D. y Abell, N. (2010). Trauma resilience scale: validation of protective factors associated with adaptation following violence. *Research on Social Work Practice, 20*, 223-233.
- Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Serrano-Parra, M. D., Bartolomé-Gutiérrez, R., García-Campayo, J. y Martínez-Vizcaíno, V. (2011). Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. *Health and Quality of Life Outcomes, 63*, 6-9.
- Nygren, B., Randström, K. B., Lejonklou, A. K. y Lundman, B. (2005). Reliability and validity of a Swedish language version of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement, 12*, 169-178.
- Palomar-Lever, J. y Gómez-Valdez, N. E. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria, 27*, 7-22.
- Portzky, M., Wagnild, G., De Bacquer, D. y Audenaert, K. (2010). Psychometric evaluation of the Dutch Resilience Scale RS-nl on 3265 healthy participants: a confirmation of the association between age and resilience found with the Swedish version. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 24*, 86-92.
- Sexton, M. B., Byrd, M. R. y Von Kluge, S. (2010). Measuring resilience in women experiencing infertility using the CD-RISC: examining infertility-related stress, general distress, and coping styles. *Journal of Psychiatric Research, 44*, 236-241.
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. y Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine, 15*, 194-200.

- Vaishnavi, S., Connor, K. y Davidson, J. R. T. (2007). An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Research*, *152*, 293-297.
- Vogt, D. S., Proctor, S. P., King, D. W., King, L. A. y Vasterling, J. J. (2008). Validation of scales from the deployment risk and resilience inventory in sample of operation Iraqi freedom veterans. *Assessment*, *15*, 391-403.
- Wang, L., Shi, Z., Zhang, Y. y Zhang, Z. (2010). Psychometric properties of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale in Chinese earthquake victims. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *64*, 499-504.
- Wilks, S. E., Spivey, C. A. y Chisholm-Burns, M. A. (2010). Psychometric re-evaluation of the immunosuppressant therapy adherence scale among solid-organ transplant recipients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *16*, 64-68.
- Windle, G., Bennett, K. M. y Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, *9*, 1-9

**ESTUDIO 2**



**Estudio 2****Análisis de la resiliencia en pacientes con VIH y su relación con variables sociodemográficas y de conducta sexual.****Resumen**

El objetivo principal de este estudio *ex post facto* fue evaluar la resiliencia en pacientes con VIH y su relación con variables sociodemográficas y de conducta sexual. Participaron 159 pacientes con VIH, de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 19 y los 55 años. El 51% de los pacientes se infectó a través de la vía homosexual. El 67% se encontraba en fase asintomática de la infección. Se empleó como instrumentos de evaluación: un cuestionario sobre datos sociodemográficos y conducta sexual y la escala de resiliencia Connor-Davidson. La evaluación fue individual, voluntaria y anónima. Los resultados mostraron que el 49,05% de los pacientes tenía una resiliencia media, el 27,68% resiliencia alta y el 23,37% resiliencia baja. Se halló que los pacientes infectados por el VIH heterosexuales, los diagnosticados entre 1985-1990 (23 y 28 años de diagnóstico) y los que habían revelado su condición de seropositivo a más de 30 personas tenían una mayor resiliencia que los pacientes homosexuales, los diagnosticados entre 1996 y 2000 (13 y 17 años de diagnóstico) y los que habían revelado su seropositividad a 1-5 personas. Por último, la resiliencia no ha sido un factor predictor de las conductas sexuales de riesgo. Se sugiere que las intervenciones en salud tengan en cuenta la resiliencia como variable psicológica que puede ser beneficiosa para mejorar el afrontamiento de la enfermedad.

## Abstract

The main objective of this study was to evaluate ex post facto resilience in HIV patients and its relationship to sociodemographic and sexual behavior variables. Participants included 159 HIV patients, of both sexes, aged between 19 and 55 years. 51% of patients were infected through homosexual means. 67% were in the asymptomatic phase of infection. It was used as assessment instruments: a questionnaire on sociodemographic data and sexual behavior and scale of Connor-Davidson resilience. The evaluation was individual, voluntary and anonymous. The results showed that 49.05% of patients had a mean resilience, high resilience 27.68% and 23.37% low resilience. They found that patients infected heterosexual HIV, diagnosed between 1985-1990 (23 and 28 years of diagnosis) and those who had disclosed their HIV status to more than 30 people had greater resilience homosexual patients, diagnosed between 1996 and 2000 (13 and 17 years of diagnosis) and those who had disclosed their HIV status to 1-5 people. Finally, resilience was not a predictor of sexual risk factor. It is suggested that health interventions take into account the resilience and psychological variable that may be beneficial to improve coping with the disease.

## Introducción

Durante las dos últimas décadas ha aumentado el interés de los investigadores por el estudio de la resiliencia (Carvalho, Morais, Koller y Piccinini, 2007). Dicho constructo psicológico ha sido definido como los patrones de adaptación positiva en el contexto del riesgo y la adversidad (Liebenberg y Ungar, 2009; Masten y Cicchetti, 2012; Rutter, 2006), siendo entendido como un proceso que está mediado por factores individuales, familiares y sociales para la superación de las situaciones desfavorables (Cameron, Ungar y Liebenberg, 2007; Masten y Tellegen, 2012) y la capacidad de reaccionar positivamente a los eventos adversos y traumáticos (Orton, Griffiths, Green y Waterman, 2012), de modo que proporciona al individuo protección adicional y habilidades de afrontamiento (Poletto y Koller, 2006). Así, para que la resiliencia tenga lugar es preciso que la persona se exponga a situaciones difíciles, amenazantes para su salud física y/o psicológica (De Santis, Florom-Smith, Vermeesch, Barroso y DeLeon, 2013). Entendiendo la resiliencia como un proceso de interacción entre el individuo y su contexto, se diferenciarían dos etapas. En la primera de ellas, considerada fase aguda, la situación problemática genera en la persona la percepción de una amenaza y el individuo aprende a controlar dicha situación. Una vez que se tiene bajo control la nueva situación tendría lugar la segunda etapa, en la que la persona debe llevar a cabo una reorganización de su vida incorporando a la misma los cambios que la situación haya generado. El resultado es la resiliencia (Fine, 1991).

La mayoría de los estudios sobre resiliencia se han centrado en personas con problemas y/o trastornos psicológicos como el estrés (Braun-Lewensohn y Sagy, 2013), la depresión (Youssef et al., 2013), la ansiedad (Nabors et al., 2013), y los traumas (Pooley, Cohen, O'Connor y Taylor, 2013). Sin embargo, no ha sido muy estudiada en pacientes con VIH/sida.

El padecimiento de la infección por el VIH y, anteriormente, su diagnóstico, suponen circunstancias con importantes repercusiones a nivel físico y psicológico que la persona tiene que afrontar (Carvalho et al., 2007). La infección por el VIH, que hoy día es considerada como una enfermedad crónica gracias a los desarrollos de los tratamientos antirretrovirales (Deeks, Lewin y Havlir, 2013), presenta una serie de características que la hacen diferente de otras enfermedades y especialmente adversa para la persona seropositiva. Por una parte, la mayoría de las infecciones por el VIH se producen como resultado de las conductas sexuales de riesgo. Por otro lado, aún hoy día las personas seropositivas siguen sufriendo el estigma, la discriminación y la marginación por parte de la sociedad (De Santis et al., 2013). Respecto a los estudios sobre resiliencia en el contexto del VIH/sida, se ha concluido que a mayor resiliencia, mayor percepción de la calidad de vida y menor angustia psicológica (véase por ejemplo, Faber, Shwartz, Schaper, Moonen y Mcdaniel, 2000). De la misma manera, otros han mostrado que la resiliencia estaba asociada positivamente con un mayor afrontamiento cognitivo, bienestar y aceptación de la condición de VIH (Munro y Edward, 2008; Orton et al., 2012). Por tanto, el estudio de la resiliencia en esta población es especialmente relevante pero, a su vez, escaso (De Santis et al., 2013).

Con respecto a la asociación entre la resiliencia y las variables sociodemográficas, se ha puesto de manifiesto que mujeres con el VIH, con bajo nivel educativo, bajos ingresos y desempleadas tenían altos niveles de resiliencia (Dale et al., 2014). En otros estudios se ha concluido que la resiliencia era menor entre seropositivos con menor nivel educativo, bajo nivel económico y asintomáticos (Lima, Azevedo, Amorim y Saldanha, 2014).

Algunas conductas sexuales y factores de riesgo para la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) son, entre otros, las relaciones sexuales sin usar el preservativo, una edad temprana de inicio en las relaciones sexuales y tener múltiples parejas sexuales (Teva, Bermúdez, Ramiro y Ramiro-Sanchez, 2013). En esta línea, algunos

investigadores han destacado el estudio de la resiliencia como una nueva dirección para dirigir los esfuerzos preventivos de la infección por el VIH (Yuen et al., 2013) y, por tanto, de otras ITS. Por su parte, Kurtz, Buttram, Surratt y Stall (2012), concluyeron que la resiliencia podría ser una variable clave en la intervención dirigida a la reducción de conductas sexuales de riesgo en varones que tienen sexo con varones. Así, cabe esperar que la resiliencia actúe como un factor protector frente a la emisión de conductas sexuales de riesgo. Teniendo en cuenta que no existe ningún estudio donde se analice la relación entre la resiliencia y las conductas sexuales de riesgo en pacientes con VIH, su análisis sería de interés para aportar información de utilidad en la prevención de las ITS/VIH. Por un lado, para prevenir que los pacientes contraigan una ITS y por otro, para evitar que éstos transmitan la infección a otras personas. Por otra parte, el análisis de la resiliencia en pacientes con VIH permitiría diseñar intervenciones para la mejora de la salud psicológica y el afrontamiento de la enfermedad en esta población.

A partir de lo comentado con anterioridad, se plantea el presente estudio. Los objetivos son: 1) Evaluar la resiliencia y su relación con variables sociodemográficas; 2) Analizar si la resiliencia predice las conductas sexuales de riesgo en pacientes con VIH.

Por último, mencionar que en la redacción de este trabajo se han seguido, en la medida de lo posible, las recomendaciones de Hartley (2012).

## **Metodología**

### **Participantes**

La muestra está formada por 159 pacientes infectados por el VIH, con edades comprendidas entre los 19 y los 55 años ( $M= 40,09$  años;  $DT= 9,05$ ). El 51% de las infecciones se produjo por vía homosexual, el 43% se infectó a través de la vía heterosexual y el 6% a través de compartir jeringuillas para consumo de drogas por vía parenteral. Según la clasificación de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 1993), el 67% se

encontraba en fase asintomática de la infección (A), el 10% en fase sintomática (B) y el 23% en fase sida (C). Otras características sociodemográficas de la muestra se presentan en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los participantes.

<i>Características</i>	<i>Pacientes con VIH (N=159) n (%)</i>
<i>Sexo</i>	
Varón	122 (77,00)
Mujer	37 (23,00)
<i>Estado civil</i>	
Soltero	79 (50,00)
Casado	31 (19,00)
Pareja de hecho	22 (14,00)
Separado o Divorciado	14 (9,00)
Viudo	13 (8,00)
<i>Nivel de estudios</i>	
Sin estudios	6 (4,00)
Estudios primarios	50 (31,00)
Estudios secundarios	62 (39,00)
Estudios universitarios	41 (26,00)
<i>Orientación sexual</i>	
Heterosexual	66 (41,00)
Homosexual	93 (59,00)
<i>Edad</i>	
19 a 29 años	23 (15,00)
30 a 42 años	66 (41,00)
43 a 55 años	70 (44,00)
<i>Ingresos económicos</i>	
Menos de 600 euros	30 (19,00)
600 e 900 euros	27 (17,00)
900 y 1.200 euros	30 (19,00)
Más de 1.200 euros	72 (45,00)
<i>Su situación laboral actual</i>	
En activo	90 (57,00)
Desempleado	45 (28,00)
Baja por enfermedad	24 (15,00)
<i>Año del diagnóstico VIH/sida</i>	
1985-1990	21 (13,00)
1991-1995	29 (18,00)
1996-2000	18 (11,00)
2001-2005	29 (18,00)
2006-2010	62 (40,00)
<i>Personas que saben su condición de VIH</i>	
Ninguna	14 (9,00)
1 a 5 personas	78 (50,00)
6 a 15 personas	39 (24,00)
16 a 30 personas	12 (7,00)
Más de 30 personas	30 (10,00)

## Diseño

Se trata de un estudio *ex post facto*, mediante encuestas de tipo transversal.

## Instrumentos

- *Cuestionario sobre datos sociodemográficos y conducta sexual*. Se plantearon cuestiones para recabar información sociodemográfica (edad, sexo, estado civil, orientación sexual, nivel de estudios, ingresos económicos del hogar, situación laboral actual, el año del diagnóstico del VIH/sida, número de personas que saben que tienen VIH/Sida). Para plantear las cuestiones de la conducta sexual, se consideraron investigaciones previas (Teva et al., 2013).

Para evaluar las conductas sexuales, se preguntó: la edad que tenían cuando voluntariamente mantuvieron contactos sexuales vaginales por primera vez; el uso del preservativo en la primera relación sexual vaginal; el número de parejas sexuales con las que habían mantenido contactos sexuales vaginales con penetración a lo largo de su vida y en los últimos dos meses; la frecuencia de las relaciones sexuales vaginales en los últimos dos meses y la frecuencia de los contactos sexuales con penetración vaginal utilizando preservativo (en los últimos dos meses). Se realizaron cuestiones similares para evaluar la conducta sexual anal.

- *Escala de Resiliencia Connor-Davidson - CD-RISC* (Connor y Davidson, 2003). Se utilizó la adaptación de este instrumento a la población española realizada por Carvalho, Fernández-Calvo, Martín, Campos y Castillo (2006). Es un cuestionario autoaplicado con 25 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert, que va desde 0 «*nada de acuerdo*» hasta 4 «*totalmente de acuerdo*», en el que se evalúa la resiliencia, el manejo del estrés y la capacidad

de recuperación. La puntuación máxima es 100; a mayor puntuación, mayor resiliencia. El cuestionario es multidimensional distribuido en cinco factores. El factor 1 que evalúa la competencia personal, los altos estándares y la tenacidad, que lo constituyen ocho ítems (por ejemplo: *"Me esfuerzo al máximo en cada ocasión"*). El rango de puntuación es 0-32. El factor 2, que evalúa la confianza en la intuición, la tolerancia al afecto negativo y la tolerancia a la adversidad, está formado por siete ítems (por ejemplo: *"Veo el lado divertido de las cosas"*), siendo el rango de puntuaciones entre 0 y 28. El factor 3 evalúa la aceptación positiva del cambio, con cinco ítems (por ejemplo: *"Soy capaz de adaptarme a los cambios"*). El rango de puntuaciones va desde 0 hasta 20. El factor 4 evalúa control a través de tres ítems (por ejemplo: *"Sé dónde acudir a por ayuda"*), y el rango de puntuaciones es 0-12. Por último, el factor 5 evalúa la influencia de la espiritualidad con dos ítems (por ejemplo: *"Algunas veces dejo que el destino o Dios me ayude"*), siendo el rango de puntuaciones de 0 a 8. Se observó una consistencia interna de 0,89 en el estudio original y en la adaptación para la población española (Carvalho et al., 2006; Connor y Davidson, 2003). En el presente estudio, la consistencia interna total en el cuestionario era de 0,90.

### **Procedimiento**

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad de Granada (España). Para la recolección de los datos se solicitó una previa autorización de dos hospitales del Servicio Andaluz de Salud de la ciudad de Granada. Tras informar sobre los objetivos del estudio y obtener la autorización, un investigador previamente entrenado acudió a los centros sanitarios a realizar la evaluación de manera individual. Se obtenía el consentimiento informado por parte de los pacientes para participar en el estudio. Se informó a todos los participantes que su participación era voluntaria y que sus respuestas eran confidenciales y anónimas. La tasa de rechazo de participación fue del 20%. La duración de la evaluación era de 20 minutos, aproximadamente.

## Análisis de datos

Se calculó la consistencia de uso del preservativo en las relaciones sexuales vaginales (últimos dos meses). Para ello, en primer lugar, se calculó la proporción de uso del preservativo en las relaciones vaginales durante los últimos dos meses, donde se dividió el número de relaciones sexuales vaginales usando el uso del preservativo entre el número de relaciones sexuales vaginales totales. En segundo lugar, se dicotomizó la variable proporción de uso del preservativo en las relaciones vaginales durante los últimos dos meses, de forma que los valores igual a 1 harían referencia al uso consistente del preservativo y los valores menores que 1 se refieren a un uso inconsistente del preservativo. Se procedió de la misma manera para el cálculo de la consistencia del uso de preservativo en las relaciones sexuales anales (últimos dos meses). Para establecer los niveles de resiliencia (alto, medio y bajo) se consideraron los percentiles 25 (nivel bajo) y 75 (nivel alto). Las puntuaciones entre los percentiles 25 y 75 se consideraron nivel medio.

Se utilizó el estadístico t-Student para realizar los contrastes de hipótesis sobre dos medias independientes y el análisis de varianza (ANOVA) cuando había tres o más niveles de comparación. Se comprobó si las varianzas poblacionales eran iguales mediante la prueba de Levene. En los casos en que no se cumplió este supuesto se utilizó la aproximación de Welch para contrastar dos medias independientes y el estadístico Brown-Forsythe para contrastar tres o más medias independientes. Se comprobó la normalidad de las distribuciones con la prueba de Shapiro-Wilk. En los casos en que no se cumpliera este supuesto y la muestra de sujetos en algún grupo de comparación fuera pequeña ( $n < 30$ ) se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para tres o más medianas independientes. Para analizar el efecto de la resiliencia sobre las conductas sexuales vaginales y anales se realizaron análisis de regresión lineal jerárquica y regresión logística jerárquica, controlando el efecto de las variables

sociodemográficas. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico *SPSS* versión 21.0.

## **Resultados**

### *Variables sociodemográficas y su relación con la resiliencia.*

Se calcularon las medias y desviaciones típicas en los factores de la resiliencia en función de variables sociodemográficas (véase Tabla 2). La media en resiliencia total de los pacientes era de 62,98. Respecto a los niveles de resiliencia total, el 27,68% tenía una alta resiliencia ( $n = 44$ ); el 49,05% tenía una resiliencia media ( $n = 78$ ) y el 23,27% tenía una resiliencia baja ( $n = 37$ ).

**Tabla 2.** Medias y desviaciones típicas en los factores de la resiliencia en función de variables sociodemográficas y en el total de la muestra.

<i>Características sociodemográficas</i>	<i>Factor 1</i>	<i>Factor 2</i>	<i>Factor 3</i>	<i>Factor 4</i>	<i>Factor 5</i>	<i>Resiliencia Total</i>
	<i>Media(DT)</i>	<i>Media(DT)</i>	<i>Media(DT)</i>	<i>Media(DT)</i>	<i>Media(DT)</i>	<i>Media(DT)</i>
<i>Sexo</i>						
Varón	20,00 (5,50)	15,71 (4,88)	14,31 (2,93)	7,81 (2,90)	3,97 (1,91)	62,80 (14,36)
Mujer	21,37 (5,99)	15,00 (5,06)	14,27 (2,47)	8,64 (2,47)	4,29 (2,03)	63,59 (14,63)
<i>Orientación sexual</i>						
Heterosexual	21,45 (6,03)	15,10 (4,87)	14,54 (2,68)	8,48 (2,77)	4,41 (1,94)	64,07 (14,21)
Homosexual	20,80 (5,29)	15,86 (4,95)	14,12 (3,06)	7,67 (2,83)	3,74 (1,90)	62,21 (14,21)
<i>Edad</i>						
17 a 29 años	20,30 (6,12)	14,69 (4,51)	14,04 (2,82)	8,08 (3,01)	4,13 (1,60)	61,26 (12,39)
30 a 42 años	21,62 (5,22)	16,48 (4,74)	14,36 (3,10)	8,15 (2,70)	3,84 (1,98)	64,46 (14,37)
43 a 55 años	20,81 (5,80)	14,94 (5,13)	14,32 (2,79)	7,85 (2,91)	4,21 (2,01)	62,15 (15,04)
<i>Estado civil</i>						
Soltero	21,64 (5,18)	15,70 (4,90)	14,30 (3,17)	8,87 (2,76)	3,92 (1,76)	63,75 (13,85)
Casado	20,22 (6,21)	14,93 (4,63)	14,67 (2,49)	7,48 (3,38)	4,58 (1,96)	61,90 (14,32)
Pareja de hecho	20,13 (6,01)	15,86 (5,44)	14,00 (3,35)	8,04 (2,62)	3,72 (2,49)	61,77 (17,01)
Separado o divorciado	20,64 (6,30)	14,50 (5,27)	13,57 (2,27)	7,57 (2,97)	3,71 (2,05)	60,00 (15,36)
Viudo	21,69 (5,07)	16,61 (4,80)	14,69 (2,05)	8,69 (1,88)	4,46 (1,76)	66,15 (13,06)

Nota. DT=desviación típica. Factor 1=competencia personal, los altos estándares y la tenacidad. Factor 2=confianza en la intuición, la tolerancia al afecto negativo y la tolerancia a la adversidad. Factor 3=aceptación positiva del cambio. Factor 4=control. Factor 5=espiritualidad.

Tabla 2. Continuación.

<i>Características sociodemográficas</i>	<i>Factor 1</i>	<i>Factor 2</i>	<i>Factor 3</i>	<i>Factor 4</i>	<i>Factor 5</i>	<i>Resiliencia Total</i>
	<i>Media(DT)</i>	<i>Media(DT)</i>	<i>Media(DT)</i>	<i>Media(DT)</i>	<i>Media(DT)</i>	<i>Media(DT)</i>
<i>Nivel de estudios</i>						
Sin estudios	21,00 (5,09)	13,00 (2,82)	14,33 (1,50)	7,33 (1,50)	4,33 (2,25)	60,00 (5,72)
Primarios	20,70 (5,14)	15,12 (5,44)	14,14 (3,07)	8,10 (2,70)	4,10 (2,07)	62,16 (13,86)
Secundarios	21,50 (5,94)	15,67 (4,87)	14,43 (2,95)	7,91 (3,21)	3,93 (1,83)	63,46 (15,54)
Universitarios	20,90 (5,83)	16,24 (4,53)	14,29 (2,88)	8,14 (2,55)	4,12 (1,96)	63,70 (14,36)
<i>Ingresos Económicos</i>						
Menos de 600 euros	21,10 (5,29)	15,30 (5,01)	13,60 (3,24)	7,90 (2,82)	3,83 (2,08)	61,73 (15,04)
600 e 900 euros	20,70 (4,93)	14,74 (3,95)	13,74 (2,80)	7,88 (3,04)	4,22 (1,80)	61,29 (12,01)
900 y 1.200 euros	21,93 (4,60)	15,86 (4,48)	14,70 (2,53)	7,90 (2,91)	4,26 (1,91)	64,66 (11,66)
Más de 1.200 euros	20,84 (6,36)	15,81 (5,41)	14,63 (2,76)	8,15 (2,76)	9,98 (1,97)	63,44 (16,01)
<i>Su situación laboral actual</i>						
En activo	20,74 (5,37)	15,33 (4,72)	14,13 (2,86)	8,10 (2,69)	3,94 (1,86)	62,25 (13,46)
Desempleado	21,24 (5,91)	16,42 (4,77)	14,64 (2,81)	7,73 (3,09)	3,99 (1,99)	64,00 (15,07)
Baja por enfermedad	22,00 (6,00)	14,70 (5,84)	14,29 (3,32)	8,20 (2,88)	4,62 (2,12)	63,83 (16,72)
<i>Año del diagnóstico VIH/sida</i>						
1985-1990	23,04 (4,37)	15,66 (4,95)	13,57 (2,87)	8,85 (2,28)	4,76 (2,23)	65,90 (13,62)
1991-1995	22,10 (4,82)	16,24 (5,11)	14,62 (2,87)	8,51 (2,82)	4,37 (1,84)	65,86 (13,73)
1996-2000	20,50 (6,19)	14,27 (5,45)	13,77 (2,77)	8,05 (2,64)	3,00 (1,49)	59,61 (15,94)

Nota. DT=desviación típica. Factor 1=competencia personal, los altos estándares y la tenacidad. Factor 2=confianza en la intuición, la tolerancia al afecto negativo y la tolerancia a la adversidad. Factor 3=aceptación positiva del cambio. Factor 4=control. Factor 5=espiritualidad.

Tabla 2. Continuación.

<i>Características sociodemográficas</i>	<i>Factor 1</i>	<i>Factor 2</i>	<i>Factor 3</i>	<i>Factor 4</i>	<i>Factor 5</i>	<i>Resiliencia Total</i>
	<i>Media(DT)</i>	<i>Media(DT)</i>	<i>Media(DT)</i>	<i>Media(DT)</i>	<i>Media(DT)</i>	<i>Media(DT)</i>
<i>Año del diagnóstico VIH/sida</i>						
2001-2005	20,55 (6,23)	15,41 (5,13)	14,96 (2,74)	8,00 (2,80)	4,27 (1,86)	63,20 (15,47)
2006-2010	20,33 (5,76)	15,61 (4,65)	14,24 (2,86)	7,48 (3,02)	3,85 (1,94)	61,53 (13,97)
<i>Personas que saben su condición de VIH</i>						
Ninguna	23,07 (5,25)	14,92 (6,79)	15,50 (2,87)	8,21 (3,55)	4,07 (1,54)	65,78 (15,49)
1 a 5 personas	20,20 (5,65)	15,19 (4,53)	14,41 (3,09)	7,80 (2,92)	3,93 (2,09)	61,55 (13,92)
6 a 15 personas	20,74 (5,30)	15,58 (4,62)	13,64 (2,41)	7,89 (2,92)	3,82 (1,76)	61,69 (14,21)
16 a 30 personas	21,08 (5,36)	15,33 (4,16)	14,25 (2,34)	8,08 (1,72)	4,58 (1,97)	63,33 (12,15)
Más de 30 personas	24,37 (5,58)	17,87 (6,09)	14,37 (3,44)	9,06 (2,64)	4,75 (1,91)	70,43 (16,53)
<i>Total</i>	21,07 (5,60)	15,54 (4,92)	14,30 (2,91)	8,01 (2,82)	4,05 (1,94)	62,98 (14,38)

Nota. DT=desviación típica. Factor 1=competencia personal, los altos estándares y la tenacidad. Factor 2=confianza en la intuición, la tolerancia al afecto negativo y la tolerancia a la adversidad. Factor 3=aceptación positiva del cambio. Factor 4=control. Factor 5=espiritualidad.

Respecto al sexo, no se hallaron diferencias significativas entre varones y mujeres seropositivos en la resiliencia (veáse Tabla 3). En relación a la orientación sexual, se observaron diferencias significativas solamente en la espiritualidad de la resiliencia. Así, los heterosexuales mostraron una mayor espiritualidad que los homosexuales.

Al considerar el año del diagnóstico del VIH, se hallaron diferencias significativas únicamente en el factor 5 de la resiliencia (veáse Tabla 3). De hecho, los pacientes cuyo el año de diagnóstico se encontraba entre los años de 1985-1990 (entre 23 y 28 años de diagnóstico) tenían mayor espiritualidad que los que fueron diagnosticados entre 1996 y 2000 (13 y 17 años de diagnóstico). Sobre el número de personas que conocen la condición de seropositividad de los pacientes, se encontraron diferencias significativas solamente en la competencia personal, altos estándares y tenacidad de resiliencia (veáse Tabla 3). Los pacientes que habían revelado su condición del VIH a más de 30 personas tenían una mayor competencia personal, altos estándares y tenacidad comparados con los que se lo revelaron a 1-5 personas.

**Tabla 3.** Diferencias entre las medias en los factores de la resiliencia en función de variables sociodemográficas.

Características sociodemográficas	Factor 1			Factor 2			Factor 3			Factor 4			Factor 5			Resiliencia Total		
	F	t (gl)	Kruskal- Wallis	F	t (gl)	Kruskal- Wallis	F	t (gl)	Kruskal- Wallis									
Sexo	NA	-0,37 157	NA	NA	0,77 157	-0,88 157	NA	0,07 157	NA	NA	-1,56 157	NA	NA	-0,88 157	NA	NA	-0,29 157	NA
Orientación sexual	NA	128,31 157	NA	NA	141,55 157	NA	NA	150,20 157	NA	NA	141,87 157	NA	NA	138,93* 157	NA	NA	141,97 157	NA
Edad	0,60	NA	NA	2,09	NA	NA	0,10	NA	NA	0,19	NA	NA	0,62	NA	NA	0,63	NA	NA
Estado civil	NA	NA	1,96	NA	0,62	2,12	NA	NA	2,12	NA	NA	1,63	NA	NA	4,62	NA	NA	1,52
Nivel de Estudios	1,00	NA	NA	1,97	NA	NA	1,26	NA	NA	2,31	NA	NA	0,66	NA	NA	2,62	NA	NA
Ingresos Económicos	0,31	NA	NA	0,37	0,66	NA	1,43	NA	NA	0,95	NA	NA	0,34	NA	NA	0,35	NA	NA
Su situación laboral actual	NA	NA	1,79	NA	NA	2,39	NA	NA	0,69	NA	NA	0,56	NA	NA	1,99	NA	NA	0,63
Año del diagnóstico VIH/sida	NA	NA	4,14	NA	NA	1,75	NA	NA	3,34	NA	NA	4,42	NA	NA	959*	NA	NA	3,14
Personas que saben su condición de VIH	NA	NA	9,38*	NA	NA	3,41	NA	NA	5,38	NA	NA	4,10	NA	NA	3,91	NA	NA	5,13

Nota. NA=no aplicable. Factor 1=competencia personal, los altos estándares y la tenacidad. Factor 2=confianza en la intuición, la tolerancia al afecto negativo y la tolerancia a la adversidad. Factor 3=aceptación positiva del cambio. Factor 4=control. Factor 5=espiritualidad. \* $p < 0,05$ .

*La resiliencia como predictora de las conductas sexuales vaginales y anales.*

En la tabla 4 se presenta las medias y desviaciones típicas en las conductas sexuales vaginales y anales.

**Tabla 4.** Medias y desviaciones típicas en las conductas sexuales.

<i>Variables</i>	<i>Participantes (N = 159)</i>
<i>Edad en la primera relación sexual vaginal</i>	n = 90
Media	17,55
DT	3,19
<i>Edad en la primera relación sexual anal</i>	n = 51
Media	23,70
DT	7,19
<i>Número de parejas en el sexo vaginal (en la vida)</i>	n = 90
Media	15,77
DT	20,85
<i>Número de parejas en el sexo anal (en la vida)</i>	n = 50
Media	19,54
DT	28,55
<i>Número de parejas en el sexo vaginal (últimos dos meses)</i>	n = 46
Media	1,36
DT	0,74
<i>Número de parejas en el sexo anal (últimos dos meses)</i>	n = 27
Media	3,22
DT	4,41

Nota. DT = Desviación Típica

Respecto a la consistencia de uso del preservativo en el sexo vaginal, el 89% hizo un uso consistente mientras que el 11% hizo un uso inconsistente. En el sexo anal, el 90% utilizó de forma consistente el preservativo y el 10% de forma inconsistente.

Se realizaron análisis de regresiones lineales jerárquicas para verificar si la resiliencia predecía las conductas sexuales (consistencia del uso del preservativo en el sexo vaginal y anal, edad de la primera relación sexual vaginal y anal, número de parejas con las que se ha mantenido relaciones sexuales vaginales y anales a lo largo de la vida y en los últimos dos meses). Se controló el efecto de las variables sociodemográficas.

Se puso de manifiesto que la resiliencia no predecía ninguna de las conductas sexuales de riesgo en el sexo vaginal: consistencia del uso del preservativo en las relaciones sexuales vaginales en los últimos dos meses ( $F_{(5, 30)} = 1,12; p = 0,37$ ), edad de la primera relación sexual vaginal ( $F_{(5, 84)} = 0,30; p = 0,87$ ), número de parejas con las que se ha mantenido relaciones sexuales vaginales a lo largo de la vida ( $F_{(5, 84)} = 0,41; p = 0,84$ ) y en los últimos dos meses ( $F_{(5, 40)} = 0,50; p = 0,77$ ).

Igualmente la resiliencia no predecía ninguna de las conductas sexuales de riesgo en el sexo anal: consistencia del uso del preservativo en las relaciones sexuales anales en los últimos dos meses ( $F_{(5, 52)} = 1,37; p = 0,25$ ), edad de la primera relación sexual anal ( $F_{(5, 113)} = 0,59; p = 0,70$ ), y número de parejas con las que se ha mantenido relaciones sexuales anales a lo largo de la vida ( $F_{(5, 84)} = 0,41; p = 0,84$ ) y en los últimos dos meses ( $F_{(5, 67)} = 0,87; p = 0,50$ ).

Por último, para analizar si la resiliencia era un factor predictor respecto al empleo del preservativo en la primera relación sexual vaginal y anal, se llevaron a cabo análisis de regresiones logísticas jerárquicas. Al considerar el uso del preservativo en la primera relación sexual vaginal, el modelo no resultó significativo ( $\chi^2_5 = 3,96; p = 0,55; R^2 = 0,04$ ).

Igualmente, no se halló un modelo significativo en el empleo del preservativo en la primera relación sexual anal ( $\chi^2_{13} = 4,91$ ;  $p=0,42$ ;  $R^2 = 0,04$ ).

### Discusión

En relación al primer objetivo, casi la mitad de los participantes (49,05%) tenía una resiliencia media y el 27,68% tenía una alta resiliencia. Así, en algunos estudios se muestra que los pacientes con VIH han tenido una alta capacidad de adaptación y recuperación (resiliencia) a pesar de las adversidades (De Santis et al., 2013; Kurtz et al., 2012; Munro y Edward, 2008). En cuanto al sexo, el grupo etario, el nivel de estudios, los ingresos económicos y la situación laboral actual no se encontraron resultados significativos en los pacientes. Sin embargo, en un estudio reciente se ha mostrado que mujeres con el VIH, con bajo nivel educativo, bajos ingresos y desempleadas tenían altos niveles de resiliencia (Dale et al., 2014). Por otro lado, en estudio previo con seropositivos con bajo nivel económico, bajo nivel educativo y asintomáticos tenían bajos niveles en resiliencia (Lima et al., 2014). Las divergencias entre los estudios pueden deberse a diferencias culturales y/o en los tamaños muestrales.

En relación a la orientación sexual, los pacientes heterosexuales presentaron mayores puntuaciones en espiritualidad en comparación con los homosexuales. Una posible explicación de estos resultados puede ser el hecho de que los pacientes heterosexuales tengan una mayor media de edad que los homosexuales, lo que podría influir en esa mayor espiritualidad en los heterosexuales constituyendo ésta un recurso de afrontamiento del VIH/sida. Así, en otros estudios anteriores se muestra que la espiritualidad es un recurso para la superación de desafíos del VIH (Hussen et al., 2014; Szaflarski, 2013). Por tanto, la espiritualidad en la superación de los eventos desfavorables desempeñaría un papel importante en los pacientes con VIH/sida, especialmente en los heterosexuales.

Por otra parte, los pacientes cuyo diagnóstico se emitió entre los años 1985 y 1990 presentaban puntuaciones más altas en espiritualidad respecto a aquellos cuyo diagnóstico fue más reciente. El grupo de personas al que se le diagnosticó el VIH hace más años, ha vivido un período temporal en el que no existían los tratamientos antirretrovirales lo cual unido a que tienen una mayor edad, podría ser una explicación de su mayor espiritualidad como fuente de apoyo y afrontamiento.

Se ha puesto de manifiesto una mayor competencia personal, altos estándares y tenacidad en los pacientes que habían revelado su seropositividad a 30 o más personas en comparación con los que lo habían hecho a un grupo inferior (1-5 personas). Probablemente, ese grupo posea una red más amplia de apoyo social, que contribuiría a unos mayores recursos psicológicos de protección y afrontamiento de las adversidades del VIH/sida. Podría ser también que ese grupo haya asimilado mejor su situación de seropositivos, y perciba menos estigma y discriminación, lo que les ha llevado a contarle su situación a un mayor número de personas, favoreciendo con ello la recepción de un mayor apoyo social. De acuerdo con este planteamiento, se ha concluido que el apoyo social favorecía una mayor resiliencia en pacientes con VIH (Carvalho et al., 2007). Además, la falta de apoyo social ha sido identificada como un factor que favorece la progresión de la enfermedad del VIH/sida (Schuster, Bornovalova y Hunt, 2012).

Respecto al segundo objetivo, no se ha hallado que la resiliencia actúe como predictora de las conductas sexuales de los pacientes con VIH. No se ha hallado que la resiliencia actúe como predictora de las conductas sexuales de los pacientes con VIH. El pequeño número de pacientes que contestó a las cuestiones de conducta sexual podría explicar la ausencia de asociaciones significativas. Otra explicación plausible podría ser que los pacientes no perciban sus conductas sexuales de riesgo como situaciones de adversidad para infecciones y/o reinfecciones por ITS/VIH. Es importante señalar que, para que la resiliencia

tenga lugar es preciso que la persona se exponga a situaciones difíciles, amenazantes para su salud física y/o psicológica (De Santis et al., 2013), por lo que podría ser que en esta muestra las conductas sexuales de riesgo no representaron una amenaza a su salud y, por lo tanto, la resiliencia no se relaciona con éstas.

Este estudio tiene implicaciones relevantes. Se contribuye con resultados sobre la resiliencia en pacientes jóvenes y adultos con VIH, puesto que gran parte de las publicaciones se centran en niños no infectados (De Santis et al., 2013). No obstante, existen algunas limitaciones ya que al tratarse de una muestra incidental de pacientes, los resultados no pueden generalizarse al conjunto de la población. Por último, sería conveniente realizar estudios en los que se profundice en la resiliencia desde una perspectiva multimétodos (cualitativos y cuantitativos) como ha sugerido Ungar (2009), con el objetivo de comprender lo que contribuye en términos subjetivos y objetivos a la formación de la resiliencia en pacientes con VIH.

## Referencias

- Braun-Lewensohn, O. y Sagy, S. (2013). Community resilience and sense of coherence as protective factors in explaining stress reactions: comparing cities and rural communities during missiles attacks. *Community Mental Health Journal, 1*, 1-6.
- 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.
- Carvalho, F. T., Morais, N. A., Koller, S. H. y Piccinini, C. A. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cadernos de Saúde Pública, 23*, 2023-2033.
- Carvalho, V. A. M. L., Fernández-Calvo, B., Martín, L. H., Campos, F. C. y Castillo, I. C. (2006). Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema, 18*, 791-796.
- Centers for Disease Control and Prevention - CDC (1993). Revised classification system for HIV infection and surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 41*, 1-17.
- Connor, K. M. y Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety, 18*, 76-82.
- Dale, S. K., Cohen, M. H., Kelso, G. A., Cruise, R. C., Weber, K. M., Watson, C., et al. (2014). Resilience among women with HIV: impact of silencing the self and socioeconomic factors. *Sex Roles, 70*, 221-231.

- De Santis, J. P., Florom-Smith, A., Vermeesch, A., Barroso, S. y DeLeon, D. (2013). Motivation, management, and mastery: a theory of resilience in the context of HIV infection. *Journal American Psychiatry Nurses Association*, 19, 36-46.
- Deeks, S. G., Lewin, S. R. y Havlir, D. V. (2013). The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *The Lancet*, 382, 1525-1533.
- Faber, E. W., Shwartz, J. A. J., Schaper, P. E., Moonen, D. J. y Mcdaniel, J. S. (2000). Resilience factors associated with adaptation to HIV disease. *Psychosomatics*, 41, 140-146.
- Fine, S. B. (1991). Resilience and human adaptability: who rises above adversity? *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 493-503.
- Hartley, J. (2012). New ways of making academic articles easier to read. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 143-160.
- Hussen, S. A., Tsegaye, M., Argaw, M. G., Andes, K., Gilliard, D. y Del Rio, C. (2014). Spirituality, social capital and service: factors promoting resilience among expert patients living with HIV in Ethiopia. *Global Public Health*, 9, 286-298.
- Kurtz, S. P., Buttram, M. E., Surratt, H. L. y Stall, R. D. (2012). Resilience, syndemic factors, and serosorting behaviors among HIV-positive and HIV-negative substance-using MSM. *AIDS Education and Prevention*, 24, 193-205.
- Liebenberg, L. y Ungar, M. (2009). Introduction: the challenges of researching resilience. En L. Liebenberg y M. Ungar (Eds.), *Researching resilience* (pp. 2-25). Toronto: University of Toronto Press.

- Lima, F. L. A., Azevedo, R. L. W., Amorim, I. T. y Saldanha, A. A. W. (2014). *Resiliência em pessoas com HIV/AIDS: depressão e ansiedade como fatores de risco*. Recuperado de: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/conacis/resumo.php?idtrabalho=843>
- Masten, A. S. y Cicchetti, D. (2012). Risk and resilience in developmental psychopathology: the legacy of Norman Garmezy. *Development and Psychopathology*, 24, 333-334.
- Masten, A. S. y Tellegen, A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: contributions of the project competence longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 24, 345-361.
- Munro, I. y Edward, K. (2008). The lived experience of gay men caring for others with HIV/AIDS: resilient coping skills. *International Journal of Nursing Practice*, 14, 122-128.
- Nabors, L. A., Kichler, J. C., Brassell, A., Thakkar, S., Bartz, J., Pangallo, J., et al. (2013). Factors related to caregiver state anxiety and coping with a child's chronic illness. *Families, Systems, & Health*, 31, 171-180.
- Orton, L., Griffiths, J., Green, M. y Waterman, H. (2012). Resilience among asylum seekers living with HIV. *BMC Public Health*, 12, 926-936.
- Poletto, M. y Koller, S. H. (2006). Resiliência: perspectiva conceitual e histórica. En D. D. DellAglío, S. H. Koller y M. A. M. Yunes (Eds.), *Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco à proteção* (pp. 19-44). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pooley, J. A., Cohen, L., O'Connor, M. y Taylor, M. (2013). Posttraumatic stress and posttraumatic growth and their relationship to coping and self-efficacy in Northwest Australian cyclone communities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 392-399.

- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12.
- Schuster, R., Bornovalova, M. y Hunt, E. (2012). The influence of depression on the progression of HIV direct and indirect effects. *Behavior Modification*, 36, 123-145.
- Szaflarski, M. (2013). Spirituality and religion among HIV-infected individuals. *Current HIV/AIDS Reports*, 10, 324-332.
- Teva, I., Bermúdez, M. P., Ramiro, M. T. y Ramiro-Sanchez, T. (2013). Analysis of sexual behavior in adolescents. *Current HIV Research*, 11, 512-519.
- Ungar, M. (2009). A sample research proposal for a mixed-methods investigation of resilience: the pathways to resilience project. En L. Liebenberg, y M. Ungar (Eds.), *Researching resilience* (pp. 271-291). Toronto: University of Toronto Press.
- Youssef, N. A., Green, T. C., Dedert, E. A., Hertzberg, J. S., Calhoun, P. S., Dennis, M. F., et al. (2013) Exploration of the influence of childhood trauma, combat exposure, and the resilience construct on depression and suicidal ideation among U.S. Iraq/Afghanistan era military personnel and veterans. *Archives of Suicide Research*, 17, 106-122.
- Yuen, W. W. Y., Wong, W. G. W., Tang, C. S. K., Holroyd, E., Tiware, A. F. Y., Fong, D. Y. T., et al. (2013). Evaluating the effectiveness of personal resilience and enrichment programme (PREP) for HIV prevention among female sex workers: a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 13, 683-693.

**ESTUDIO 3**



**Estudio 3**

**Preocupación por las infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH y embarazo, conocimiento sobre las ITS/VIH, autoeficacia para rechazar relaciones sexuales, resiliencia y conductas sexuales de riesgo: análisis comparativo entre pacientes con VIH y la población general.**

**Resumen**

El objetivo de este estudio era comparar a un grupo de pacientes con VIH con otro grupo de la población general en variables cognitivas (conocimiento sobre las Infecciones de Transmisión Sexual [ITS] y el VIH, preocupación por las ITS/VIH y el embarazo, autoeficacia para rechazar relaciones sexuales y resiliencia) y de conducta sexual. La muestra estaba compuesta por 318 jóvenes y adultos, de ambos sexos; 159 eran de la población general y 159 eran pacientes con VIH. Se trata de un estudio descriptivo de poblaciones mediante encuestas de tipo transversal. Los pacientes con VIH tenían mayores puntuaciones preocupación por VIH/sida, por ITS, por el embarazo y conocimiento sobre las ITS/VIH en comparación con la población general. Los participantes de la población general comenzaron las relaciones sexuales anales a una edad más temprana que los pacientes con VIH. Por otro lado, los pacientes con VIH tenían una edad más temprana de inicio en el sexo vaginal y un mayor número de parejas con las que habían practicado sexo anal a lo largo de la vida. Por último, se han puesto de manifiesto diferencias en las conductas sexuales en función de los niveles en las variables cognitivas (preocupación por las ITS, por el VIH y por el embarazo y resiliencia). Se espera que los programas de promoción de la salud sexual tengan en cuenta la utilidad de las variables cognitivas en la prevención de las ITS/VIH.

## Abstract

The aim of this study was to compare a group of patients with HIV outgroup of the general population in cognitive variables (knowledge about Sexually Transmitted Infections [STIs] and HIV, concern about STD/HIV and pregnancy, self-efficacy to refuse sex and resilience) and sexual behavior. The sample consisted of 318 young adults of both sexes, 159 were from the general population and 159 were HIV patients. This is a descriptive study of populations through cross-sectional surveys. HIV patients had higher scores concern for HIV/AIDS, STI, pregnancy and knowledge about STIs/HIV compared with the general population. Participants from the general population began anal sex at a younger age than patients with HIV age. Furthermore, HIV patients had an earlier age of first vaginal sex and a greater number of partners they had had anal sex throughout life. Finally, we have shown differences in sexual behavior according to levels of cognitive variables (worry about STIs, HIV and pregnancy and resilience). It is expected that programs promoting sexual health take into account the usefulness of cognitive variables in the prevention of STI/HIV.

## Introducción

Durante el año 2013 se produjeron alrededor de 2,1 millones de nuevas infecciones por el VIH, ascendiendo a 35,3 millones el número de personas infectadas en todo el mundo (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA], 2014). En España, se notificaron 3.210 nuevos diagnósticos de VIH en el año 2012, la mayoría en varones (el 85%), con una media de edad de 36 años. La vía de transmisión predominante es la homosexual (el 51%) (Plan Nacional sobre el SIDA, 2013).

Algunas conductas sexuales de riesgo son por ejemplo, no usar el preservativo, tener múltiples parejas sexuales y una edad de inicio temprano en las relaciones sexuales (e. g. Teva, Bermúdez, Ramiro y Ramiro-Sanchez, 2013). En estudios recientes en los que se ha comparado personas infectadas por el VIH y no infectadas, se concluye que los infectados tenían una menor edad de inicio sexual anal en comparación con los no infectados (Lyons et al., 2012). En otros estudios se ha mostrado que los homosexuales seropositivos emplearon más el preservativo en las últimas relaciones sexuales en comparación con los no infectados (Galbraith, Romine, Zhang y Herbst, 2013) y que las mujeres seropositivas tuvieron un mayor número de parejas sexuales que las no infectadas (Dartell et al., 2013).

Una variable cognitiva importante es la preocupación por las infecciones de transmisión sexual (ITS), el VIH y el embarazo, que se entiende como la sensación de inquietud, miedo, intranquilidad, temor o angustia ante la posibilidad de estar infectado por el VIH, tener una ITS o un embarazo no deseado (Crosby et al., 2000; Sales, Milhausen, Spitalnick y DiClemente, 2013). En esta línea, se ha concluido que entre los no infectados un porcentaje elevado (43%) se sentía poco preocupado de contraer el VIH (Mosteyrín, Acebrón, Mosteyrín y Guerrero, 2014). Además, se ha hallado que entre los que tenían una baja preocupación por el VIH, el 60% reveló indiferencia hacia el VIH (Balán et al., 2013) y el 90% pensaba que era poco o nada probable infectarse por el VIH (Sociedad Española

Interdisciplinaria del Sida [SESIDA], 2012), por lo que parece ser que existe una baja preocupación al respecto. Es más, no existe ningún estudio donde se compare la relación entre la preocupación y las conductas sexuales entre infectados y no infectados por el VIH.

Otra variable cognitiva importante es el conocimiento sobre el VIH/sida, que se refiere a la información que las personas tienen sobre la prevención, infección, causas y consecuencias del VIH/sida y las ITS (Sikkema et al., 2000). En este contexto, en un estudio reciente se ha indicado que los pacientes tenían un conocimiento limitado de la transmisión del VIH en comparación con los no infectados (Hong et al., 2012). Sin embargo, otros hallazgos ponen de manifiesto que los pacientes con VIH tienen mayor conocimiento sobre el VIH/sida en comparación con los no infectados de la población general (Meena, Pandey, Rai, Bharti y Sunder, 2013), por lo que existen resultados contradictorios, siendo necesarios más estudios al respecto.

Por otra parte, la autoeficacia para rechazar relaciones sexuales se ha mostrado como una variable protectora en la emisión de riesgos en el contexto sexual (Voisin, Hotton, Tan y DiClemente, 2013). Ha sido definida como la percepción individual sobre la propia capacidad para negarse a tener relaciones sexuales de riesgo (Seth, Raiji, DiClemente y Rose, 2009). El aumento de la autoeficacia para rechazar las relaciones sexuales constituye un factor protector para no tener múltiples parejas casuales y simultáneas (Voisin et al., 2013). En pacientes con VIH se han hallado resultados similares, de forma que una mayor autoeficacia sexual se asociaba con un menor número de parejas (Viseskul, Fongkaew, Settheekul y Grimes, 2013).

Por último, se pone de relieve la resiliencia, que se entiende como la capacidad de reaccionar positivamente a los eventos adversos y traumáticos (Orton, Griffiths, Green y Waterman, 2012). Es más, se considera la resiliencia como una variable clave en la intervención dirigida a la reducción de conductas sexuales de riesgo (Kurtz, Buttram, Surratt y Stall, 2012). Por tanto, el estudio de la resiliencia y la infección por el VIH es especialmente

relevante pero, a su vez, escaso (De Santis, Florom-Smith, Vermeesch, Barroso y DeLeon, 2013). Además, no se han encontrado estudios donde se analice la resiliencia entre infectados y no infectados por el VIH.

Dada la importancia de las variables cognitivas para el cambio de los comportamientos sexuales de riesgo y teniendo en cuenta las acciones de respuesta a la epidemia del VIH en España, donde se han priorizado tres ejes principales: la población general, las personas sexualmente activas con mayor riesgo de infección por las ITS/VIH y las personas con ITS/VIH (Plan Nacional sobre el SIDA, 2013), se plantea el presente estudio.

Los objetivos son: 1) Comparar a un grupo de pacientes con VIH con otro de la población general en variables cognitivas (conocimiento sobre el ITS/VIH, preocupación por las ITS/VIH y embarazo, autoeficacia para rechazar relaciones sexuales y resiliencia) y de conducta sexual (experiencia sexual vaginal y anal, edad de inicio en las relaciones sexuales vaginales y anales; número de parejas con las que se ha practicado sexo anal y vaginal a lo largo de la vida); 2) Analizar si las variables de conducta sexual difieren en función de los niveles (alto, medio y bajo) de las variables cognitivas en la población general y en los pacientes con VIH.

## **Metodología**

### **Participantes**

La muestra estaba compuesta por 318 participantes, de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 19 y los 55 años. Concretamente, 159 pacientes con VIH ( $M= 40,09$  años;  $DT= 9,07$ ) y 159 participantes de la población general ( $M= 39,91$  años;  $DT= 5,21$ ) Entre los pacientes, el 51% se infectó por el VIH a través de la vía homosexual, el 43% se infectó a través de la vía heterosexual y el 6% a través de compartir jeringuillas para el consumo de drogas por vía parenteral. Según la clasificación de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 1993), el 67% se encontraba en fase asintomática de la infección (A), el

10% en fase sintomática (B) y el 23% en fase sida (C). De forma más detallada se presentan las características sociodemográficas de la muestra en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los participantes.

<i>Características</i>	<i>Pacientes con VIH</i> (N=159) n(%)	<i>Población general</i> (N=159) n(%)
<i>Sexo</i>		
Varón	122 (77,00)	122 (77,00)
Mujer	37 (23,00)	37 (23,00)
<i>Estado civil</i>		
Soltero	79 (50,00)	96 (60,00)
Casado	31 (19,00)	37 (23,00)
Pareja de hecho	22 (14,00)	11 (7,00)
Separado o Divorciado	14 (9,00)	14 (9,00)
Viudo	13 (8,00)	1 (1,00)
<i>Nivel de estudios</i>		
Sin estudios	6 (4,00)	7 (5,00)
Estudios primarios	50 (31,00)	45 (28,00)
Estudios secundarios	62 (39,00)	64 (40,00)
Estudios universitarios	41 (26,00)	43 (27,00)
<i>Orientación sexual</i>		
Heterosexual	66 (41,00)	66 (41,00)
Homosexual	93 (59,00)	93 (59,00)

## Diseño

Se trata de un estudio descriptivo mediante encuestas de tipo transversal.

## Instrumentos

- *Cuestionario sobre datos sociodemográficos y de conducta sexual.* Se plantearon cuestiones para recabar información sociodemográfica (edad, sexo, estado civil, orientación sexual y nivel de estudios) y de la conducta sexual teniendo en cuenta investigaciones previas (Teva et al., 2013). Para evaluar las conductas sexuales, se preguntó: si habían tenido alguna vez relaciones sexuales vaginales, la edad que tenían cuando voluntariamente mantuvieron contactos sexuales vaginales por primera vez y el número de parejas sexuales con las que habían mantenido contactos sexuales vaginales a lo largo de su vida. Se realizaron cuestiones análogas para evaluar la conducta sexual anal.
- *Conocimiento sobre las ITS y el VIH/sida* (Sikkema et al., 2000). Este cuestionario se compone de dieciséis preguntas que evalúan el conocimiento sobre las ITS y el VIH/sida (por ejemplo, *"No puedes infectarte con el virus del SIDA a través de un corte en la piel"*); el formato de respuesta es *"verdadero"*, *"falso"* y *"no sé"* (en el presente estudio, para la población general el alfa de Cronbach=0,62 y en pacientes con VIH el alfa de Cronbach=0,52).
- *Preocupación por las ITS/VIH y el embarazo* (Crosby et al., 2000). Este instrumento evalúa la preocupación por las ITS/VIH y el embarazo y se compone de diez ítems (como por ejemplo: *"Tu podrías coger el virus del SIDA"*; *"Tu podrías coger una enfermedad de transmisión sexual (ETS)"*; *"Tu pareja podría quedarse embarazada"*): cuatro de ellos evalúan la preocupación por las ITS; cuatro ítems evalúan la preocupación por el VIH y, los dos restantes, la preocupación por el embarazo. Cada

ítem tiene cuatro opciones de respuesta, que van desde "*nunca me preocupo*" hasta "*siempre me preocupo*" (en el presente estudio, en la población general para la preocupación por el VIH/sida el alpha de Cronbach=0,86; en la preocupación por las ITS el alpha de Cronbach=0,89 y en la preocupación por el embarazo el alpha de Cronbach=0,62. En los pacientes con VIH, para la preocupación por el VIH/sida el alpha de Cronbach=0,75; en la preocupación por las ITS el alpha de Cronbach=0,86 y en la preocupación por el embarazo el alpha de Cronbach=0,89).

- *Escala de autoeficacia para rechazar relaciones sexuales* (Seth et al., 2009). Esta escala evalúa la autoeficacia para rechazar relaciones sexuales y se compone de siete ítems (por ejemplo, "*¿Cómo de seguro/a estás de que serías capaz de decir "NO" a tener relaciones sexuales con alguien que has conocido hace pocos días?*"); las opciones de respuesta van desde 0 "*Nada seguro/a de poder decir no*" hasta 3 "*Muy seguro/a de poder decir no*" (en el presente estudio, alfa de Cronbach=0,87 en la población general y alfa de Cronbach=0,80 en los pacientes con VIH).

- *Escala de Resiliencia Connor-Davidson - CD-RISC* (Connor y Davidson, 2003). Se utilizó la adaptación de este instrumento a la población española realizada por Carvalho, Fernández-Calvo, Martín, Campos y Castillo (2006). Es un cuestionario autoaplicado con 25 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert, que va desde 0 «*nada de acuerdo*» hasta 4 «*totalmente de acuerdo*», en el que se evalúa la resiliencia, el manejo del estrés y la capacidad de recuperación. La puntuación máxima es 100; a mayor puntuación, mayor resiliencia. El cuestionario es multidimensional distribuido en cinco factores. El factor 1, que evalúa la competencia personal, los altos estándares y la tenacidad lo constituyen ocho ítems (por ejemplo: "*Me esfuerzo al máximo en cada ocasión*"). El factor 2, que evalúa la confianza en la intuición, la tolerancia al afecto negativo y la tolerancia a la adversidad está formado por siete ítems (por ejemplo: "*Veo el lado divertido de las cosas*"). El factor 3 evalúa la aceptación

positiva del cambio, con cinco ítems (por ejemplo: "*Soy capaz de adaptarme a los cambios*"). El factor 4 evalúa el control a través de tres ítems (por ejemplo: "*Sé dónde acudir a por ayuda*"). Por último, el factor 5 evalúa la espiritualidad con dos ítems (por ejemplo: "*Algunas veces dejo que el destino o Dios me ayude*"). Se observó una consistencia interna de 0,89 en el estudio original y en la adaptación para la población española (Carvalho et al., 2006; Connor y Davidson, 2003). En el presente estudio, en la población general la consistencia interna total del cuestionario era de 0,93 y en los pacientes con VIH era de 0,90).

### **Procedimiento**

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad de Granada (España). Para la recolección de los datos de los pacientes con VIH se solicitó una previa autorización y colaboración a dos hospitales del Servicio Andaluz de Salud de la ciudad de Granada. Un investigador previamente entrenado en la aplicación de cuestionarios acudió a los centros sanitarios. Una vez que los pacientes acudían a consulta con el médico, eran derivados al investigador, que se encontraba en una sala para aplicar los cuestionarios. Se obtuvo el consentimiento informado y se les informó de que su participación era voluntaria y que sus respuestas eran confidenciales y anónimas. La recogida de los datos en la población general se llevó a cabo aleatoriamente en diferentes lugares y establecimientos públicos de Granada (por ejemplo, centros comerciales, aeropuerto, estación de autobuses, asociaciones, parques, etc). Igualmente, se les informó acerca de la voluntariedad de su participación y sobre la confidencialidad y anonimato de sus respuestas. Todos los participantes cumplimentaron los cuestionarios de forma individual y se les proporcionó a todos las mismas instrucciones e información sobre el estudio. La tasa de rechazo de participación fue del 20%. A partir de una muestra total de 1.106 participantes de la población general, se seleccionó un grupo de 159 participantes con características sociodemográficas similares (sexo, edad,

orientación sexual y nivel de estudios) a los pacientes con VIH para poder realizar comparaciones entre ambos grupos.

### **Análisis estadísticos**

Se utilizó el estadístico t-Student para realizar los contrastes de hipótesis sobre dos medias independientes. En los casos en que la muestra de sujetos en algún grupo de comparación fuera pequeña ( $n < 30$ ) se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para tres o más medias independientes. En este caso, cuando se hallaban diferencias significativas, se llevaron a cabo comparaciones a posteriori, para las cuales se utilizó la prueba U de Mann-Whitney, pero penalizándola, es decir, multiplicando los valores de  $p$  hallados por el número de comparaciones realizadas. Para establecer los niveles (alto, medio y bajo) en cada variable cognitiva, se consideraron los percentiles 25 (nivel bajo) y 75 (nivel alto). Las puntuaciones entre los percentiles 25 y 75 se consideraron nivel medio. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS versión 21.0.

### **Resultados**

*Diferencias en las variables cognitivas y de conducta sexual entre la población general y los pacientes con VIH.*

Tal y como se muestra en la tabla 2, en comparación con la población general, los pacientes con VIH tenían una mayor preocupación por el VIH/sida, una mayor preocupación por las ITS, una mayor preocupación por el embarazo y un mayor conocimiento sobre las ITS/VIH. En relación a las conductas sexuales, los pacientes con VIH se iniciaron en el sexo vaginal a una edad más temprana que los participantes de la población general, y tenían un mayor número de parejas con las que mantuvieron sexo anal. Respecto a la edad de inicio en

el sexo anal, los participantes de la población general se iniciaron a una edad menor que los pacientes con VIH.

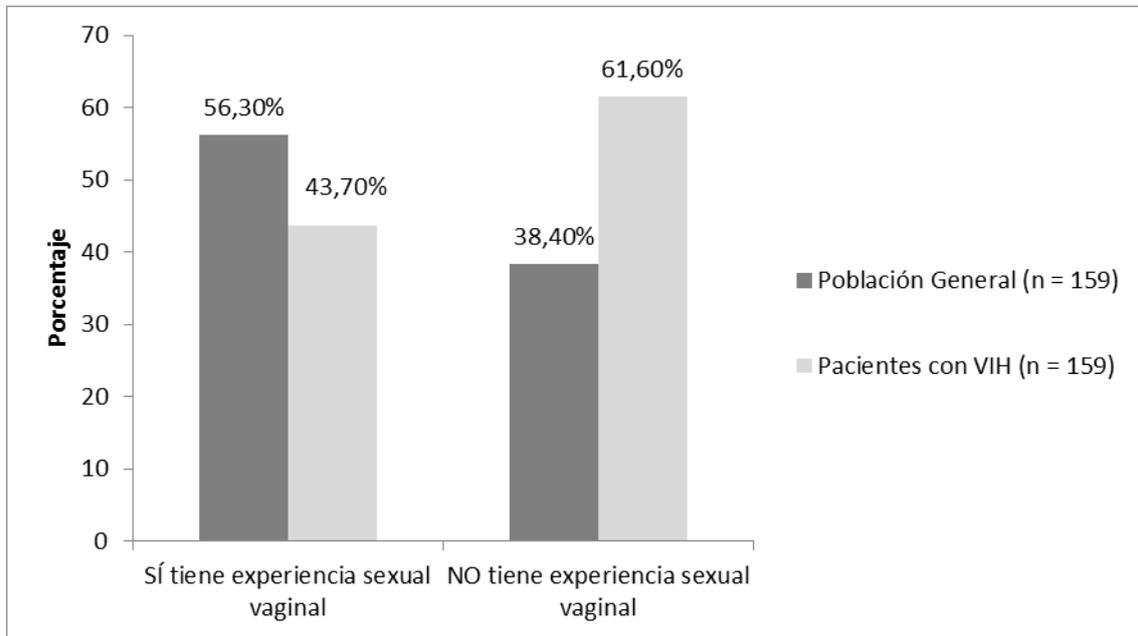
**Tabla 2.** Estadísticos descriptivos en las variables cognitivas y de conducta sexual en la población general y en pacientes con VIH.

	<i>POBLACIÓN GENERAL</i>		<i>PACIENTES VIH</i>		p
	N	Media (DT)	N	Media (DT)	
<i>Variables cognitivas</i>					
Autoeficacia para rechazar sexo	159	12,62 (4,62)	159	13,56 (4,15)	0,06
Preocupación VIH/sida	159	2,83 (2,99)	158	7,16 (3,74)	0,00*
Preocupación ITS	159	2,96 (3,17)	159	5,92 (4,06)	0,00*
Preocupación embarazo	159	1,11 (1,41)	159	1,54 (2,12)	0,04*
Conocimiento ITS/VIH	159	8,22 (2,86)	159	9,85 (2,39)	0,00*
Resiliencia	159	63,37 (18,54)	159	62,98 (14,38)	0,84
<i>Variables de conducta sexual</i>					
Edad primer sexo vaginal	116	18,84 (4,30)	90	17,55 (3,19)	0,02*
Nº parejas sexuales vaginales en su vida	116	12,84 (47,03)	90	15,77 (20,85)	0,58
Edad primer sexo anal	81	20,13 (4,22)	119	21,77 (6,15)	0,04*
Nº parejas sexuales anales en su vida	80	13,27 (20,35)	118	43,03 (115,40)	0,02*

Nota. DT = Desviación Típica, \* $p < 0,05$

En relación a la experiencia sexual vaginal, ésta se relacionaba con el grupo de participantes (población general o pacientes) al que se pertenece (véase figura 1). De los que sí tienen experiencia sexual vaginal, la mayoría son de la población general (56,30%). De los que no tienen experiencia sexual vaginal, la mayoría son pacientes con VIH (61,60%).

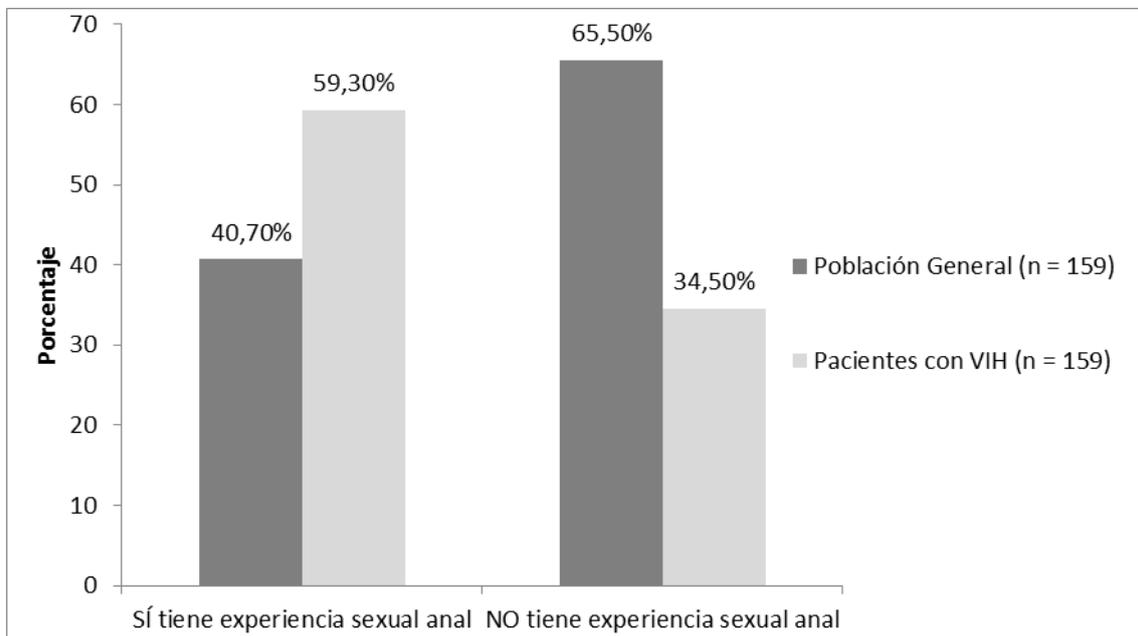
**Figura 1.** Distribución porcentual de la experiencia sexual vaginal en el grupo de la población general y en el grupo de pacientes con VIH.



Nota.  $\chi^2_{(1)} = 9,31; p = 0,00$

Como se puede apreciar en la figura 2, la experiencia sexual anal se relaciona con el grupo de participantes al que se pertenece. Así, de los que sí tienen experiencia sexual anal, la mayoría son pacientes con VIH (59,30%).

**Figura 2.** Distribución porcentual de la experiencia sexual anal en el grupo de la población general y en el grupo de pacientes con VIH.



Nota.  $\chi^2_{(1)} = 18,38; p = 0,00$

*Diferencias en las conductas sexuales de la población general y de pacientes con VIH en función de los niveles de autoeficacia para rechazar sexo, de conocimiento sobre las ITS/VIH y de resiliencia.*

Como se puede observar en la tabla 3, no se encontraron diferencias significativas en los pacientes con VIH y ni en la población general respecto a las conductas sexuales en función de nivel de autoeficacia y conocimiento sobre las ITS/VIH. No obstante, se observaron diferencias significativas en el número de parejas sexuales vaginales en función del nivel de resiliencia en la población general (véase tabla 3). En las comparaciones a posteriori, se halló que las diferencias se encontraban entre los grupos con baja y media resiliencia ( $U$  de Mann-Whitney = 480,00;  $p = 0,02$ ), siendo el grupo con media resiliencia el que tenía más parejas con las que se había mantenido sexo vaginal en comparación con el grupo de baja resiliencia (véase tabla 3).

**Tabla 3.** Medias y desviaciones típicas en las conductas sexuales de la población general y de pacientes con VIH en función de los niveles de autoeficacia para rechazar sexo, de conocimiento sobre ITS/VIH y de resiliencia.

<i>Población General</i>	<i>Edad primer sexo vaginal</i>	<i>p</i>	<i>Nº parejas sexuales vaginales en su vida</i>	<i>p</i>	<i>Edad primer sexo anal</i>	<i>p</i>	<i>Nº parejas sexuales anales en su vida</i>	<i>p</i>
	Media (DT)		Media (DT)		Media (DT)		Media (DT)	
Alta autoeficacia para rechazar sexo (n = 44)	18,88 (2,87)	0,33	7,14 (7,53)	0,13	19,78 (3,93)	0,14	13,89 (11,24)	0,20
Media autoeficacia para rechazar sexo (n = 77)	19,21 (5,53)		9,23 (14,61)		19,34 (3,65)		15,50 (26,62)	
Baja autoeficacia para rechazar sexo (n = 41)	18,16 (3,06)		25,56 (90,01)		21,66 (4,94)		9,08 (12,82)	
<i>Pacientes VIH</i>								
Alta autoeficacia para rechazar sexo (n = 43)	18,48 (4,38)	0,34	11,40 (14,40)	0,25	21,92 (7,26)	0,84	32,85 (56,91)	0,16
Media autoeficacia para rechazar sexo (n = 86)	17,02 (2,25)		20,08 (25,11)		21,96 (5,94)		40,49 (117,91)	
Baja autoeficacia para rechazar sexo (n = 30)	17,64 (3,07)		9,14 (8,77)		21,17 (5,55)		58,57 (149,32)	
<i>Población General</i>								
Alto conocimiento ITS/VIH (n = 54)	18,24 (2,96)	0,94	9,81 (9,81)	0,70	19,62 (3,91)	0,51	11,51 (11,47)	0,61
Medio conocimiento ITS/VIH (n = 80)	18,87 (3,69)		16,30 (63,86)		20,28 (4,26)		16,90 (29,45)	
Bajo conocimiento ITS/VIH (n = 25)	19,71 (7,02)		7,38 (6,32)		21,33 (5,05)		9,33 (10,62)	
<i>Pacientes VIH</i>								
Alto conocimiento ITS/VIH (n = 46)	17,19 (2,81)	0,65	18,30 (25,45)	0,77	22,62 (7,26)	0,76	42,71 (61,04)	0,13
Medio conocimiento ITS/VIH (n = 87)	17,91 (3,54)		13,55 (16,26)		21,50 (5,45)		48,50 (145,40)	
Bajo conocimiento ITS/VIH (n = 26)	17,11 (2,71)		18,05 (24,83)		21,27 (6,74)		22,94 (31,52)	

Nota. DT = Desviación Típica

**Tabla 3.** Continuación.

<i>Población General</i>	<i>Edad primer sexo vaginal</i>	<i>p</i>	<i>Nº parejas sexuales vaginales en su vida</i>	<i>p</i>	<i>Edad primer sexo anal</i>	<i>p</i>	<i>Nº parejas sexuales anales en su vida</i>	<i>p</i>
	Media (DT)		Media (DT)		Media (DT)		Media (DT)	
Alta resiliencia (n = 41)	18,58 (4,20)	0,53	10,19 (17,79)	0,02*	20,34 (3,79)	0,48	10,13 (9,59)	0,91
Media resiliencia (n = 79)	18,94 (4,95)		17,55 (64,47)		19,79 (4,65)		15,71 (26,57)	
Baja resiliencia (n = 39)	18,92 (2,62)		5,30 (5,59)		20,57 (3,92)		12,00 (14,08)	
<i>Pacientes VIH</i>								
Alta resiliencia (n = 44)	17,64 (2,54)	0,84	19,44 (24,18)	0,30	21,94 (7,26)	0,87	25,67 (30,66)	0,62
Media resiliencia (n = 78)	17,09 (2,13)		13,09 (19,66)		21,73 (6,15)		46,07 (128,28)	
Baja resiliencia (n = 37)	18,30 (4,95)		16,69 (19,27)		21,65 (6,26)		58,03 (149,69)	

Nota. DT = Desviación Típica, \* $p < 0,05$

*Diferencias en las conductas sexuales de la población general y de pacientes con VIH en función de los niveles de preocupación por el VIH/sida, las ITS y el embarazo.*

Como se puede observar en la tabla 4, en la población general, se encuentran diferencias en la edad a la que se mantuvo la primera relación sexual anal y en el número de parejas con las que se ha mantenido sexo anal a lo largo de la vida en función del nivel de preocupación por el VIH/sida (alta, media, baja). En las comparaciones a posteriori, se puso de manifiesto que el grupo con baja y media preocupación por el VIH/sida diferían en la edad a la que se tuvo sexo anal por primera vez ( $U$  de Mann-Whitney = 144,50;  $p = 0,03$ ), siendo los que tenían una baja preocupación por el VIH/sida los que se iniciaron a una edad más temprana (véase tabla 4). Igualmente, se observaron diferencias entre el grupo con nivel bajo y alto de preocupación por el VIH/sida con respecto al número de parejas sexuales con las que se mantuvo sexo anal ( $U$  de Mann-Whitney = 173,50;  $p = 0,00$ ), de forma que los que tenían un nivel alto informaron de más parejas sexuales.

Se halló que el número de parejas sexuales con las que se ha mantenido sexo anal difería en función del nivel de preocupación por las ITS en la población general. Las comparaciones a posteriori pusieron de manifiesto que las diferencias se encontraban entre los grupos con nivel bajo y medio de preocupación por las ITS ( $U$  de Mann-Whitney = 154,50;  $p = 0,04$ ), siendo el grupo con una preocupación media por las ITS el que tenía un mayor número de parejas sexuales (véase tabla 4).

Por último, en la tabla 4 se muestra que en la población general el número de parejas sexuales con las que se ha mantenido sexo anal difiere en función de los niveles de preocupación por el embarazo. Así, en las comparaciones a posteriori, se halló que las diferencias se ubicaban entre los grupos con nivel bajo y medio de preocupación por embarazo, siendo los que tenían un nivel bajo los que presentaban más parejas sexuales anales

( $U$  de Mann-Whitney = 95,00;  $p = 0,03$ ). En el grupo de pacientes con VIH, los que tenían una alta preocupación por el embarazo se iniciaron a una edad más temprana en el sexo vaginal respecto al grupo con baja preocupación. Asimismo, los que tenían una alta preocupación por el embarazo tenían más parejas sexuales con las que habían mantenido sexo vaginal (véase tabla 4).

**Tabla 4.** Medias y desviaciones típicas en las conductas sexuales de la población general y de pacientes con VIH en función de los niveles de preocupación por ITS, de VIH/sida y de embarazo.

<i>Población General</i>	<i>Edad primer sexo vaginal</i>	<i>p</i>	<i>Nº parejas sexuales vaginales en su vida</i>	<i>p</i>	<i>Edad primer sexo anal</i>	<i>p</i>	<i>Nº parejas sexuales anales en su vida</i>	<i>p</i>
	Media (DT)		Media (DT)		Media (DT)		Media (DT)	
Alta preocupación ITS (n = 44)	18,88 (5,26)	0,23	8,23 (7,43)	0,27	20,26 (4,81)	0,56	16,05 (26,41)	0,04*
Media preocupación ITS (n = 77)	19,46 (3,43)		12,38 (19,47)		20,58 (3,78)		15,78 (17,73)	
Baja preocupación ITS (n = 41)	18,46 (3,77)		17,31 (72,33)		19,47 (3,77)		6,65 (7,83)	
<i>Pacientes VIH</i>								
Alta preocupación ITS (n = 43)	17,50 (4,89)	0,40	18,20 (22,08)	0,29	19,63 (3,61)	0,05*	34,75 (38,74)	0,28
Media preocupación ITS (n = 86)	17,53 (2,50)		14,85 (21,31)		23,03 (7,37)		43,63 (123,30)	
Baja preocupación ITS (n = 30)	17,65 (2,72)		15,56 (19,53)		22,04 (5,00)		55,90 (173,36)	
<i>Población General</i>								
Alta preocupación VIH/sida (n = 54)	18,02 (2,67)	0,23	7,82 (7,17)	0,31	19,00 (3,20)	0,01*	17,23 (25,84)	0,01*
Media preocupación VIH/sida (n = 80)	20,67 (7,18)		12,67 (19,44)		22,69 (5,10)		13,92 (17,95)	
Baja preocupación VIH/sida (n = 25)	18,44 (2,64)		16,93 (70,76)		18,80 (3,02)		6,09 (8,09)	
<i>Pacientes VIH</i>								
Alta preocupación VIH/sida (n = 46)	17,61 (4,72)	0,47	21,09 (24,48)	0,14	20,78 (5,44)	0,57	40,12 (56,14)	0,33
Media preocupación VIH/sida (n = 87)	17,34 (2,36)		15,78 (21,68)		22,09 (6,73)		49,74 (148,41)	
Baja preocupación VIH/sida (n = 26)	18,18 (3,31)		8,50 (9,27)		22,13 (5,54)		29,36 (64,24)	

Nota. DT = Desviación Típica, \* $p < 0,05$

**Tabla 4.** Continuación.

<i>Población General</i>	<i>Edad primer sexo vaginal</i>	<i>p</i>	<i>Nº parejas sexuales vaginales en su vida</i>	<i>p</i>	<i>Edad primer sexo anal</i>	<i>p</i>	<i>Nº parejas sexuales anales en su vida</i>	<i>p</i>
	Media (DT)		Media (DT)		Media (DT)		Media (DT)	
Alta preocupación embarazo (n = 56)	18,84 (4,30)	0,39	10,95 (16,06)	0,44	20,00 (3,64)	0,61	9,41 (9,05)	0,03*
Media preocupación embarazo (n = 25)	18,43 (4,56)		27,60 (103,11)		21,20 (4,66)		5,30 (7,49)	
Baja preocupación embarazo (n = 78)	18,83 (3,17)		7,54 (7,38)		19,97 (3,92)		17,95 (26,43)	
<i>Pacientes VIH</i>								
Alta preocupación embarazo (n = 42)	16,21 (1,85)	0,00*	20,32 (25,30)	0,04*	21,27 (6,11)	0,59	61,89 (169,16)	0,60
Media preocupación embarazo (n = 0)	NA		NA		NA		NA	
Baja preocupación embarazo (n = 117)	18,16 (3,48)		13,72 (18,36)		21,93 (6,19)		36,88 (91,90)	

Nota. DT = Desviación Típica, NA = No Aplicable, \* $p < 0,05$

## Discusión

En relación al primer objetivo, los pacientes con VIH han tenido mayores puntuaciones en casi todas las variables cognitivas evaluadas (preocupación por VIH/sida, por ITS, por el embarazo y conocimiento sobre las ITS/VIH) en comparación con la población general. Estos resultados pueden deberse a que estos pacientes estén más familiarizados y sensibilizados ante las ITS y el VIH/sida que los participantes de la población general, pues están padeciendo la infección por VIH. En un estudio reciente se mostró que los pacientes con VIH tenían mayor conocimiento sobre el VIH/sida en comparación con la población general (Meena et al., 2013). Sería de interés analizar en futuros estudios si el hecho de estar más preocupado y tener más conocimiento se traduce en comportamientos sexuales saludables y en la adherencia a los tratamientos médicos.

Respecto a las conductas sexuales, por un lado los pacientes con VIH presentaban una menor edad de inicio en el sexo vaginal, un mayor número de parejas con las que mantuvieron sexo anal y, del total de participantes que tenían experiencia sexual anal, la mayoría eran pacientes con VIH. Estos comportamientos podrían explicar el predominio de la vía de infección homosexual (51%) en los pacientes. Además, si los pacientes tienen más parejas sexuales anales, esto implica un mayor riesgo de que transmitan el VIH a otras personas. Si no emplean el preservativo por lo que es importante concienciar en la importancia de su uso, especialmente en los que están infectados. Respecto a la población general, éstos se iniciaron en el sexo anal a una edad más temprana y, del total de participantes (infectados y no infectados), la mayoría de los que tenía experiencia en el sexo vaginal eran participantes de la población general. Así, se observan diferencias en las conductas sexuales de los pacientes y de la población general, lo que corroborarían el mayor riesgo de infección que se deriva del sexo anal sin protección (Baggaley, White y Boily, 2010).

El segundo objetivo de este estudio fue analizar si las variables de conducta sexual (vaginal y anal) difieren en función de los niveles (alto, medio y bajo) de las variables cognitivas en la población general y en los pacientes con VIH. Se concluye que los no infectados que tenían una baja preocupación por el VIH/sida se iniciaron a una edad más temprana en el sexo anal en comparación con los que tenían preocupación media. Los que tenían un alto nivel de preocupación por el VIH/sida tenían más parejas sexuales anales que los que tenían baja preocupación. Así, tanto una alta como una baja preocupación por el VIH/sida se relacionarían con el riesgo de infección, pudiendo constituir barreras para adoptar conductas sexuales saludables. A su vez, los participantes de la población general que tenían un nivel medio de preocupación por las ITS tenían un mayor número de parejas sexuales anales en comparación con los que tenían una baja preocupación. Así, podría ser que el tener más parejas con las que se ha mantenido relaciones sexuales anales a lo largo de la vida contribuya a aumentar la preocupación por las ITS, dado que la exposición al riesgo sexual modula la preocupación (Ramiro, Bermúdez y Buéla-Casal, 2014; Sales et al., 2009; Træen y Gravningen, 2011).

En la población general, los que tenían un nivel bajo de preocupación por el embarazo tenían un mayor número de parejas con las que practicaban sexo anal en comparación con los que tenían una preocupación media. Así, los que no están preocupados por el embarazo tienen más parejas sexuales anales. La naturaleza transversal del estudio no permite establecer si la baja preocupación por el embarazo les lleva a tener más parejas sexuales anales o si la relación es al revés, es decir, tienen más parejas sexuales anales porque no están preocupados por un embarazo.

Respecto a la resiliencia, se mostró que los no infectados por VIH que tenían un nivel medio de resiliencia, tenían un mayor número de parejas sexuales vaginales en comparación con el grupo de baja resiliencia. Podría ser que, al tener múltiples parejas sexuales, perciban

sus conductas sexuales como situaciones de riesgo para infectarse de ITS y/o VIH. Es importante señalar que para que la resiliencia tenga lugar es preciso que la persona se exponga a situaciones difíciles, amenazantes para su salud física y/o psicológica (De Santis et al., 2013), lo que parece indicar entre los no infectados que el número de parejas sexuales podría representar una amenaza a su salud, relacionándose con un nivel medio de resiliencia. Respecto a los seropositivos, los que tenían una alta preocupación por el embarazo se iniciaron a una edad más temprana en el sexo vaginal y tenían más parejas sexuales vaginales en comparación con los que tenían una baja preocupación. Por tanto, parece ser que han tenido más parejas sexuales vaginales como consecuencia de un inicio sexual a una edad más temprana, lo cual podría haber contribuido a incrementar la preocupación por el embarazo.

Como línea de investigación futura, sería relevante estudiar cómo las variables cognitivas influyen a lo largo del tiempo en las conductas sexuales de los pacientes con VIH y de la población general con el objetivo de disminuir los riesgos de nuevas infecciones por VIH y otras ITS.

## Referencias

- Baggaley, R. F., White, R. G. y Boily, M. C. (2010). HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. *International Journal of Epidemiology*, 39, 1048-1063.
- Balán, I. C., Carballo-Diéguez, A., Ventuneac, A., Remien, R. H., Dolezal, C. y Ford, J. (2013). Are HIV-negative men who have sex with men and who bareback concerned about HIV infection? Implications for HIV risk reduction interventions. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 279-289.
- Carvalho, V. A. M. L., Fernández-Calvo, B., Martín, L. H., Campos, F. C. y Castillo, I. C. (2006). Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18, 791-796.
- Centers for Disease Control and Prevention - CDC (1993). Revised classification system for HIV infection and surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 41, 1-17.
- Connor, K. M. y Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*, 18, 76-82.
- Crosby, R. A., Diclemente, R. J., Wingood, G. M., Sionen, C., Cobb, B. K. y Harrington, K. (2000). Correlates of unprotected vaginal sex among African American female adolescents: importance of relationship dynamics. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154, 893-899.
- Dartell, M., Rasch, V., Munk, C., Kahesa, C., Mwaiselage, J., Iftner, T., et al. (2013). Risk factors for high-risk human papillomavirus detection among HIV-negative and HIV-positive women from Tanzania. *Sexually Transmitted Diseases*, 40, 737-743.

- De Santis, J. P., Florom-Smith, A., Vermeesch, A., Barroso, S. y DeLeon, D. (2013). Motivation, management, and mastery: a theory of resilience in the context of HIV infection. *Journal American Psychiatry Nurses Association*, 19, 36-46.
- Galbraith, J. S., Romine, R. E. S., Zhang, Q. y Herbst, J. H. (2013). Differences between HIV-positive and HIV-negative African American men who have sex with men in two major US metropolitan areas. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 267-278.
- Hong, S. Y., Thompson, D., Wanke, C., Omosa, G., Jordan, M. R., Tang, A. M., et al. (2012). Knowledge of HIV transmission and associated factors among HIV-Positive and HIV-Negative patients in rural Kenya. *Journal of AIDS & Clinical Research*, 3, 1-12.
- Kurtz, S. P., Buttram, M. E., Surratt, H. L. y Stall, R. D. (2012). Resilience, syndemic factors, and serosorting behaviors among HIV-positive and HIV-negative substance-using MSM. *AIDS Education and Prevention*, 24, 193-205.
- Lyons, A., Pitts, M., Grierson, J., Smith, A., McNally, S. y Couch, M. (2012). Age at first anal sex and HIV/STI vulnerability among gay men in Australia. *Sexually Transmitted Infections*, 88, 252-257.
- Meena, L. P., Pandey, S. K., Rai, M., Bharti, A. y Sunder, S. (2013). Knowledge, attitude, and practices (KAP) study on HIV/AIDS among HIV patients, care givers and general population in north-eastern part of India. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 2, 36-42.
- Mosteyrín, S. F., Acebrón, M. V., Mosteyrín, T. F. y Guerrero, M. L. F. (2014). Prácticas y percepción del riesgo en hombres con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana que tienen sexo con otros hombres. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 32, 219-224.

ONUSIDA (2014). *Gap Report*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS): Geneva.

Orton, L., Griffiths, J., Green, M. y Waterman, H. (2012). Resilience among asylum seekers living with HIV. *BMC Public Health*, 12, 926-936.

Plan Nacional sobre el SIDA (2013). *Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS en España, Enero de 2013-Diciembre de 2013*. Subdirección General de Promoción de Salud y Epidemiología/ Secretaría del Plan Nacional sobre el sida: Madrid.

Ramiro, M. T., Bermúdez, M. P. y Buela-Casal, G. (2014). *Evaluación de la autoeficacia para el uso del preservativo, el conocimiento y la preocupación por ITS/VIH en adolescentes españoles y su relación con la conducta sexual de riesgo, en función del género*. Manuscrito presentado para su publicación.

Sales, J. M., Milhausen, R. R., Spitalnick, J. y DiClemente, R. J. (2013). Worry sexual about outcomes scale. En T. D. Fisher, C. M. Davis, W. L. Yarber y S. L. Davis, (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 30-31). New York: Routledge.

Sales, J. M., Spitalnick, J., Milhausen, R. R., Wingood, G. M., DiClemente, R. J., Salazar, L. F., et al. (2009). Validation of the worry about sexual outcomes scale for use in STI/HIV prevention interventions for adolescent females. *Health Education Research*, 24, 140-152.

Seth, P., Raiji, P. T., DiClemente, R. J. y Rose, E. (2009). Psychological distress as a correlate of a biologically confirmed STI, risky sexual practices, self-efficacy and communication with male sex partners in African-American female adolescents. *Psychology, Health & Medicine*, 14, 291-300.

- Sikkema, K., Kelly, J., Winett, R., Solomon, L., Cargil, V., Roffman, R., et al. (2000). Outcomes of a randomized community-level HIV prevention intervention for women living in 18 low-income housing developments. *American Journal of Public Health, 90*, 57-63.
- Teva, I., Bermúdez, M. P., Ramiro, M. T. y Ramiro-Sanchez, T. (2013). Analysis of sexual behavior in adolescents. *Current HIV Research, 11*, 512-519.
- Træen, B. y Gravningen, K. (2011). The use of protection for sexually transmitted infections (STIs) and unwanted pregnancy among Norwegian heterosexual young adults 2009. *Sexuality & Culture, 15*, 195-212.
- Viseskul, N., Fongkaew, W., Settheekul, S. y Grimes, R. M. (2013). Factors related to sexual self-efficacy among Thai youth living with HIV/AIDS. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC), 24*, 1-10.
- Voisin, D. R., Hotton, A. L., Tan, K. y DiClemente, R. (2013). A longitudinal examination of risk and protective factors associated with drug use and unsafe sex among young African American females. *Children and Youth Services Review, 35*, 1440-1446.



**ESTUDIO 4**



**Estudio 4****Variables psicológicas y sociodemográficas asociadas con la conducta sexual de riesgo para las infecciones de transmisión sexual (ITS)/VIH.****Resumen**

La población adulta es un grupo ascendente en los nuevos diagnósticos de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH. El objetivo principal es analizar si el conocimiento sobre el ITS/VIH, la preocupación por las ITS/VIH y el embarazo y la autoeficacia para rechazar relaciones sexuales son predictoras de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes y adultos españoles. Participaron 1.106 jóvenes y adultos de ambos sexos, entre los 17 y los 55 años. Los resultados mostraron que ser soltero, homosexual, haberse hecho la prueba del VIH, haber tenido una ITS, tener estudios universitarios e ingresos económicos mensuales de 900 a más de 1.200 euros tenían las puntuaciones más altas en el conocimiento sobre el ITS/VIH. La autoeficacia predijo gran parte de las conductas sexuales vaginales y anales (la edad de inicio del sexo vaginal y anal y el número de parejas con las que se ha mantenido sexo vaginal). Además, se halló que a mayor conocimiento sobre ITS/VIH, mayor edad de inicio del sexo vaginal y mayor uso del preservativo en la primera relación sexual vaginal. Se espera que estos resultados sean útiles para el desarrollo de programas de prevención de ITS/VIH.

**Abstract**

New diagnoses of sexually transmitted infections (STIs) and HIV are rising in the adult population. The main objective of this study was to analyze whether knowledge of STIs/HIV, worry about STIs/HIV and pregnancy, and self-efficacy to refuse sex are predictors of sexual risk behaviors among Spanish young and adults. The study sample was

composed of 1,106 young and adults of both sexes aged between 17 and 55 years. Results showed that being single, homosexual, having been tested for HIV, having previously contracted an STI, having a college education and earning a monthly income of €900 or more were the characteristics associated with higher scores in knowledge of STIs/HIV. Self-efficacy to refuse sex predicted most vaginal and anal sexual behaviors (i.e., age at vaginal and anal sex initiation and the number of couples that have remained vaginal sex). We also found that participants with greater knowledge of STIs/HIV reported older age at vaginal sex initiation and higher condom use in the first vaginal sexual contact. We consider that these findings can be useful for the development of STI/HIV prevention programs.

## Introducción

Según los datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA, 2014), existían 35,3 millones de personas en todo el mundo viviendo con el VIH/sida en el año 2013. En España, se han notificado 3.210 nuevos diagnósticos del VIH en el año de 2012, siendo la vía sexual el mecanismo de transmisión mayoritario (Plan Nacional sobre el SIDA, 2013).

La población adulta es un grupo ascendente en los nuevos diagnósticos de infección por el VIH debido a la emisión de conductas sexuales de riesgo (ONUSIDA, 2014). Se entienden por tales conductas las relaciones sexuales sin el empleo del preservativo, tener múltiples parejas sexuales y una edad de inicio temprano en las relaciones sexuales, lo cual contribuye a los embarazos no deseados y las ITS, incluida la infección por VIH (Bermúdez, Castro, Madrid y Buela-Casal, 2010).

Entre las variables cognitivas que influyen en la emisión o no de conductas sexuales de riesgo, destaca el conocimiento sobre las ITS y el VIH/sida, que se refiere a la información que las personas tienen sobre la prevención, infección, causas y consecuencias del VIH/sida y las ITS (Nwezeh, 2010). Este conocimiento contribuye a la disminución de las conductas sexuales de riesgo (Bermúdez et al., 2012; Fernández, 2012; Ramiro, Teva, Bermúdez y Buela-Casal, 2013).

Otro factor que se encuentra relacionado con las conductas sexuales de riesgo es la preocupación por el ITS/VIH y el embarazo, que se entiende como la sensación de inquietud, miedo, intranquilidad, temor o angustia ante la posibilidad de ser seropositivo para el VIH y tener una ITS y/o un embarazo no deseado (Crosby et al., 2001; Smith y Watkins, 2005). De hecho, en estudios previos se ha mostrado que una mayor preocupación por el ITS/VIH se asociaba con un mayor uso del preservativo (Sales et al., 2009; Smith y Watkins, 2005). Es más, en un estudio reciente realizado por la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida

(SEISIDA, 2012) se indicó que entre los participantes, el 90% pensaba que era poco o nada probable infectarse por el VIH y solamente el 30% se había hecho alguna vez la prueba del VIH.

Otra variable relevante es la autoeficacia para rechazar relaciones sexuales que sería la percepción individual sobre la propia capacidad para negarse a tener relaciones sexuales de riesgo (Seth, Raiji, DiClemente y Rose, 2009). En esta línea, estudios previos se ha concluido que cuanto mayor es este tipo de autoeficacia, mayor es la frecuencia de uso del preservativo y de otros comportamientos saludables (DiClemente et al., 2004).

A partir de lo expuesto, se plantean los siguientes objetivos: 1) Analizar la relación entre variables sociodemográficas y el conocimiento sobre el ITS/VIH, la preocupación por las ITS/VIH y el embarazo y la autoeficacia para rechazar relaciones sexuales; 2) Analizar si el conocimiento sobre el ITS/VIH, la preocupación por las ITS/VIH y el embarazo y la autoeficacia para rechazar relaciones sexuales son predictores de las conductas sexuales de riesgo. En la medida de lo posible, se han seguido las recomendaciones de Hartley (2012).

## **Metodología**

### **Participantes**

Participaron 1.106 jóvenes y adultos españoles, 60% mujeres y 40% varones, entre los 17 y los 55 años ( $M= 27,99$  años;  $DT= 8,86$ ). Las características sociodemográficas de la muestra (véase Tabla 1).

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los participantes.

<i>Característica</i>	<i>N</i> <i>(N=1.106)</i>	<i>%</i>
<b>Género</b>		
Varón	444	40,00
Mujer	662	60,00
<b>Estado civil</b>		
Soltero	807	73,00
Casado	132	11,90
Pareja de hecho	121	10,90
Separado o Divorciado	44	4,00
Viudo	2	0,20
<b>Nivel de estudios</b>		
Sin estudios	49	4,00
Estudios primarios	111	10,00
Estudios secundarios	329	30,00
Estudios universitarios	617	56,00
<b>Orientación sexual</b>		
Heterosexual	908	82,00
Homosexual	198	18,00
<b>Ingresos económicos mensuales</b>		
Menos de 600 euros	335	30,00
600 e 900 euros	143	13,00
900 y 1.200 euros	188	17,00
Más de 1.200 euros	440	40,00
<b>Edad</b>		
17 a 29 años	705	63,00
30 a 42 años	308	29,00
43 a 55 años	93	8,00
<b>Habían tenido ITS</b>		
Sí	105	9,50
No	1001	90,50
<b>Se habían realizado la prueba del VIH</b>		
Sí	222	20,10
No	884	79,90
<b>Piensa hacer la prueba del VIH</b>		
Sí	108	12,30
No	772	87,70

## Diseño

Se trata de un estudio *ex post facto*, mediante encuestas de tipo transversal.

## Instrumentos

- *Cuestionario aspectos sociodemográficos y conducta sexual* (e. g. Teva, Bermúdez, Ramiro y Ramiro-Sanchez, 2013). Está compuesto de 23 preguntas, sobre aspectos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, orientación sexual, nivel de estudios e ingresos económicos mensuales). También se incluyeron preguntas sobre la prueba del VIH: si se ha hecho la prueba del VIH; si ha tenido alguna ITS; si piensa en hacerse la prueba del VIH. Sobre la conducta sexual, se preguntó: la edad que tenían cuando voluntariamente mantuvieron contactos sexuales vaginales por primera vez; el número de parejas con las que habían mantenido contactos sexuales vaginales con penetración a lo largo de su vida y en los últimos dos meses; la frecuencia de los contactos sexuales vaginales utilizando preservativo (en los últimos dos meses). Preguntas similares fueron realizadas sobre la conducta sexual anal.
- *Conocimiento sobre las ITS y el VIH/sida* (Sikkema et al., 2000). Son dieciséis preguntas (por ejemplo, "No puedes infectarte con el virus del SIDA a través de un corte en la piel"); el formato de respuesta es "verdadero", "falso" y "no sé" (alfa de Cronbach=0,62). El rango de puntuación es 0-16.
- *Preocupación por las ITS/VIH y el embarazo* (Crosby et al., 2001). Se compone de diez ítems (como por ejemplo: "Tu podrías coger el virus del SIDA"; "Tu podrías coger una enfermedad de transmisión sexual (ETS)"; "Tu pareja podría quedarse embarazada"): cuatro de ellos avalúan la preocupación por las ITS (rango de puntuación 0-12); cuatro ítems evalúan la preocupación por el VIH (rango de puntuación 0-12) y, los dos restantes, la preocupación por el embarazo (rango de

puntuación 0-6). Cada ítem tiene cuatro opciones de respuesta, que van desde "*nunca me preocupo*" hasta "*siempre me preocupo*" (en el presente estudio, en la preocupación por el VIH/sida (alpha de Cronbach=0,86), en la preocupación por las ITS (alpha de Cronbach=0,89) y en la preocupación por el embarazo (alpha de Cronbach=0,62).

- *Escala de autoeficacia para rechazar relaciones sexuales* (Seth et al., 2009). Consta de siete ítems (por ejemplo, "*¿Cómo de seguro/a estás de que serías capaz de decir "NO" a tener relaciones sexuales con alguien que has conocido hace pocos días?*"); las opciones de respuesta van desde "*Nada seguro/a de poder decir no*" hasta "*Muy seguro/a de poder decir no*" (alfa de Cronbach=0,87). El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 21.

## **Procedimiento**

Inicialmente, la investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad de Granada (España). Para la recopilación de los datos se seleccionaron personas jóvenes y adultas de forma aleatoria en diferentes lugares públicos de Granada (por ejemplo, centros comerciales, estación de autobuses, asociaciones, parques, etc). La aplicación de los cuestionarios fue individual y la realizó siempre el mismo investigador, tras haber informado debidamente a los participantes sobre el estudio. Se les proporcionó a los participantes las mismas instrucciones, las respuestas eran anónimas y se les garantizaba la confidencialidad de las mismas. El tiempo para responder el cuestionario era de veinte minutos.

## Resultados

*VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y SU RELACIÓN CON EL CONOCIMIENTO SOBRE EL ITS/VIH, AUTOEFICACIA PARA RECHAZAR RELACIONES SEXUALES Y PREOCUPACIÓN POR EL EMBARAZO Y EL ITS/VIH.*

Se calcularon las medias y desviaciones típicas en la preocupación por el ITS/VIH y el embarazo, el conocimiento sobre el ITS/VIH y la autoeficacia para rechazar relaciones sexuales en función de variables sociodemográficas (véase Tabla 2). Respecto al sexo, las mujeres tenían más preocupación por las ITS ( $t_{(1104)} = 2,59, p < 0,05$ ) y por el embarazo ( $t_{(1104)} = 4,29, p < 0,05$ ) y más autoeficacia ( $t_{(1104)} = 11,59, p < 0,05$ ) que los varones.

**Tabla 2.** Medias y desviaciones típicas de la preocupación por el ITS/VIH y el embarazo, autoeficacia para rechazar relaciones sexuales y conocimiento sobre ITS/VIH en función de variables sociodemográficas.

<i>Características sociodemográficas</i>		<i>Preocupación por VIH/sida</i>		<i>Preocupación por ITS</i>		<i>Preocupación por embarazo</i>		<i>Autoeficacia</i>		<i>Conocimiento sobre ITS/VIH</i>	
		<i>n (%)</i>	<i>Media (DT)</i>	<i>n (%)</i>	<i>Media (DT)</i>	<i>n (%)</i>	<i>Media (DT)</i>	<i>n (%)</i>	<i>Media (DT)</i>	<i>n (%)</i>	<i>Media (DT)</i>
<b>Género</b>	Varón	566 (40,00)	3 (3,53)	566 (40,00)	2,66 (2,94)	566 (40,00)	1,21 (1,57)	566 (40,00)	10,36 (5,69)	566 (40,00)	7,89 (3,01)
	Mujer	699 (60,00)	2,23 (2,80)	699 (60,00)	2,90 (3,41)	699 (60,00)	1,55 (1,53)	699 (60,00)	13,93 (4,50)	699 (60,00)	8,20 (2,80)
<b>Orientación sexual</b>	Heterosexual	908 (82,0)	1,72 (2,30)	908 (82,00)	2,14 (2,58)	908 (82,00)	1,48 (1,46)	908 (82,00)	12,78 (5,20)	908 (82,00)	7,91 (2,91)
	Homosexual	198(18,00)	2,83 (2,92)	198(18,00)	3,12 (3,21)	198(18,00)	0,88 (1,37)	198(18,00)	11,18 (5,56)	198(18,00)	8,85 (2,67)
<b>Edad</b>	17-29	705 (63,00)	2,02 (2,58)	705 (63,00)	2,54 (2,84)	705 (63,00)	1,50 (1,45)	705 (63,00)	12,75 (5,03)	705 (63,00)	7,95 (2,85)
	30-42	308 (29,00)	1,71 (2,18)	308 (29,00)	1,91 (2,45)	308 (29,00)	1,25 (1,53)	308 (29,00)	12,07 (5,91)	308 (29,00)	8,59 (2,81)
	43-55	93 (8,00)	1,86 (2,39)	93 (8,00)	1,95 (2,62)	93 (8,00)	0,83 (1,11)	93 (8,00)	11,97 (5,11)	93 (8,00)	7,33 (3,16)
<b>Estado civil</b>	Soltero	807 (73,00)	2,07 (2,57)	807 (73,00)	2,61 (2,85)	807 (73,00)	1,35 (1,44)	807 (73,00)	12,26 (5,21)	807 (73,00)	8,22 (2,84)
	Casado	132 (11,90)	1,57 (2,27)	132 (11,90)	1,45 (2,31)	132 (11,90)	1,38 (1,50)	132 (11,90)	14,52 (5,32)	132 (11,90)	7,44 (2,76)
	Pareja de hecho	121 (10,90)	1,54 (2,01)	121 (10,90)	1,40 (2,03)	121 (10,90)	1,71 (1,60)	121 (10,90)	12,26 (5,80)	121 (10,90)	7,82 (3,07)
	Separado/divorciado	44 (4,00)	1,61 (2,02)	44 (4,00)	2,18 (2,23)	44 (4,00)	1,04 (1,16)	44 (4,00)	11,11 (4,00)	44 (4,00)	8,32 (2,98)
	Viudo	2 (0,20)	NA	2 (0,20)	NA	2 (0,20)	NA	2 (0,20)	NA	2 (0,20)	NA
<b>Nivel de estudios</b>	Sin estudios	49 (4,00)	1,48 (1,94)	49 (4,00)	1,32 (1,79)	49 (4,00)	0,71 (1,00)	49 (4,00)	10,28 (6,55)	49 (4,00)	7,71 (3,24)
	Primarios	111(10,00)	1,84 (2,43)	111(10,00)	2,04 (2,70)	111(10,00)	1,21 (1,46)	111(10,00)	11,82 (6,04)	111(10,00)	7,28 (3,06)
	Secundarios	329 (30,00)	1,89 (2,47)	329 (30,00)	2,06 (2,74)	329 (30,00)	1,21 (1,38)	329 (30,00)	11,60 (5,55)	329 (30,00)	7,81 (2,87)
	Universitarios	617 (56,00)	1,99 (2,5)	617 (56,00)	2,32 (2,73)	617 (56,00)	1,53 (1,51)	617 (56,00)	13,27 (4,76)	617 (56,00)	8,39 (2,79)
<b>Ingresos económicos</b>	Menos de €600	335 (30,00)	1,76 (2,58)	335 (30,00)	1,93 (2,83)	335 (30,00)	1,21 (1,46)	335 (30,00)	11,18 (6,10)	335 (30,00)	7,22 (2,95)
	€600-€900	143 (13,00)	1,99 (2,49)	143 (13,00)	2,27 (2,74)	143 (13,00)	1,43 (1,46)	143 (13,00)	12,60 (5,50)	143 (13,00)	7,82 (3,08)
	€900-€1.200	188 (17,00)	2,20 (2,7)	188 (17,00)	2,42 (2,77)	188 (17,00)	1,31 (1,34)	188 (17,00)	12,79 (4,81)	188 (17,00)	8,56 (2,88)
	Mais de €1,200	440 (40,00)	1,91 (2,25)	440 (40,00)	2,58 (2,60)	440 (40,00)	1,51 (1,51)	440 (40,00)	13,34 (4,56)	440 (40,00)	8,60 (2,61)
<b>Prueba del VIH</b>	Sí	222 (20,00)	2,63 (2,59)	222 (20,00)	3,21 (2,85)	222 (20,00)	1,37 (1,42)	222 (20,00)	13,11 (5,04)	222 (20,00)	9,54 (2,51)
	No	884 (80,00)	1,75 (2,4)	884 (80,00)	2,09 (2,65)	884 (80,0)	1,38 (1,47)	884 (80,0)	12,34 (5,36)	884 (80,0)	7,71 (2,82)
<b>Había tenido ITS</b>	Sí	105 (9,50)	2,7 (2,54)	105 (9,50)	3,55 (2,99)	105 (9,50)	1,43 (1,68)	105 (9,50)	12,08 (4,80)	105 (9,50)	8,99 (2,56)
	No	1001(90,50)	1,84 (2,44)	1001 (90,50)	2,19 (2,67)	1001 (90,50)	1,37 (1,44)	1001 (90,50)	12,54 (5,35)	1001 (90,50)	7,98 (2,90)
<b>Piensa hacerse la prueba del VIH</b>	Sí	108 (12,00)	3,48 (3,09)	108 (12,00)	4,01 (3,41)	108 (12,00)	1,67 (1,59)	108 (12,00)	13,02 (4,20)	108 (12,00)	8,30 (2,56)
	No	772 (88,00)	1,51 (2,19)	772 (88,00)	1,83 (2,42)	772 (88,00)	1,34 (1,45)	772 (88,00)	12,27 (5,50)	772 (88,00)	7,62 (2,90)

Nota. DT = desviación típica .NA = no se aplica.

En relación a la orientación sexual, se observaron diferencias significativas en todas las variables analizadas: preocupación por el VIH/sida ( $t_{(1104)} = -5,85, p < 0,05$ ), por las ITS ( $t_{(1104)} = -4,64, p < 0,05$ ) y por el embarazo ( $t_{(1104)} = 5,30, p < 0,05$ ); conocimiento sobre el ITS/VIH ( $t_{(1104)} = -4,20, p < 0,05$ ); la autoeficacia para rechazar relaciones sexuales ( $t_{(1104)} = 3,88, p < 0,05$ ). En la Tabla 2, los heterosexuales mostraron una mayor preocupación por el embarazo y autoeficacia que las personas homosexuales. Por otro lado, éstos tenían mayor preocupación por el VIH/sida y por las ITS e también mayor conocimiento sobre el ITS/VIH que los heterosexuales.

Se hallaron diferencias significativas en función de la edad respecto a la preocupación por las ITS ( $F_{(2, 363,75)} = 7,42, p < 0,05$ ) y por el embarazo ( $F_{(2, 536)} = 12,40, p < 0,05$ ) y el conocimiento sobre el ITS/VIH ( $F_{(2, 1103)} = 8,82, p < 0,05$ ). El grupo de edad de 17 a 29 años tenía mayor preocupación por las ITS ( $p = 0,02$ ) que los de 43 a 55 años, como también mayor preocupación por el embarazo que los de 30 a 42 años ( $p < 0,05$ ) y los de 43 a 55 años ( $p < 0,05$ ). Los adultos (30 a 42 años) tenían más preocupación por el embarazo ( $p < 0,05$ ) que los de 43 a 55 años y mayor conocimiento sobre el VIH/sida que los de 43 a 55 años ( $p < 0,05$ ) y que los de 17 a 29 años ( $p < 0,05$ ).

Asimismo, hallaron diferencias significativas en la preocupación por el VIH/sida ( $F_{(3, 1100)} = 3,34, p < 0,05$ ), por las ITS ( $F_{(3, 286, 82)} = 17,80, p < 0,05$ ) y por el embarazo ( $F_{(3, 1100)} = 2,97, p < 0,05$ ), en el conocimiento sobre el ITS/VIH ( $F_{(4, 1100)} = 5,07, p < 0,05$ ) y en la autoeficacia para rechazar relaciones sexuales ( $F_{(4, 241,26)} = 6,33, p < 0,05$ ) en función del estado civil. Los solteros presentaban mayor preocupación por el VIH/sida en comparación con los de pareja de hecho ( $p < 0,05$ ). Respecto a la preocupación por las ITS, los solteros estaban más preocupados que los casados ( $p < 0,05$ ) y en pareja de hecho ( $p < 0,05$ ). Así, los solteros tenían mayor conocimiento sobre el ITS/VIH que los casados ( $p < 0,05$ ). Con relación al embarazo, las personas en pareja de hecho tenían mayor preocupación por el embarazo que

los separados o divorciados ( $p < 0,05$ ). Los casados tenían mayor autoeficacia que los solteros ( $p < 0,05$ ), parejas de hecho ( $p < 0,05$ ) y separados y/o divorciados ( $p < 0,05$ ).

Sobre el nivel de estudios, se encontraron diferencias significativas en la preocupación por las ITS ( $F_{(3, 1100)} = 3,34, p < 0,05$ ), la preocupación por el embarazo ( $F_{(3, 457,81)} = 8,97, p < 0,05$ ), el conocimiento sobre el ITS/VIH ( $F_{(3, 1102)} = 6,46, p < 0,05$ ) y la autoeficacia para rechazar relaciones sexuales ( $F_{(3, 239,54)} = 8,79, p < 0,05$ ). Los participantes con estudios universitarios tenían mayor preocupación por las ITS ( $p < 0,05$ ) y autoeficacia que las personas sin estudios ( $p < 0,05$ ) y con estudios secundarios ( $p < 0,05$ ). Las personas con estudios universitarios tenían mayor preocupación por el embarazo que los sin estudios ( $p < 0,05$ ) y estudios secundarios ( $p < 0,05$ ). Los universitarios tenían mayor conocimiento sobre el ITS/VIH que los con estudios primarios ( $p < 0,05$ ) y secundarios ( $p < 0,05$ ). Respecto a la preocupación por el embarazo, las personas con estudios primarios ( $p < 0,05$ ) y secundarios ( $p < 0,05$ ) presentaban mayor preocupación que los que no tenían estudios.

Al considerar los ingresos económicos mensuales, existían diferencias significativas en la preocupación por las ITS ( $F_{(3, 785,36)} = 3,73, p < 0,05$ ), el conocimiento sobre el ITS/VIH ( $F_{(3, 726,11)} = 16,54, p < 0,05$ ) y autoeficacia para rechazar relaciones sexuales ( $F_{(3, 764,75)} = 10,84, p < 0,05$ ). De hecho, los que tenían ingresos de más de 1200 euros mostraron mayor preocupación por las ITS ( $p < 0,05$ ) y autoeficacia ( $p < 0,05$ ) que los de 600 a 900 euros, y más conocimiento sobre el ITS/VIH ( $p < 0,05$ ) que los de menos de 600 euros. Por otro lado, los de 900 a 1200 euros tenían mayor autoeficacia ( $p < 0,05$ ) y conocimiento sobre ITS/VIH ( $p < 0,05$ ) que los de menos de 600 euros.

Las personas que se habían hecho la prueba del VIH tenían más preocupación por el VIH ( $t_{(1104)} = 4,82, p < 0,05$ ) y por las ITS ( $t_{(1104)} = 5,50, p < 0,05$ ), autoeficacia ( $t_{(357)} = 2,00, p < 0,05$ ) y conocimiento sobre el ITS/VIH ( $t_{(1104)} = 8,75, p < 0,05$ ) que las que nunca se habían

hecho la prueba del VIH. Los que habían tenido alguna ITS tenían una mayor preocupación por ITS ( $t_{(1104)} = 4,92, p < 0,05$ ) y por VIH/sida ( $t_{(1104)} = 3,43, p < 0,05$ ) y mayor conocimiento sobre el ITS/VIH ( $t_{(1104)} = 3,42, p < 0,05$ ) que los que no habían tenido ITS. Las personas que habían contestado que pensaban hacerse la prueba del VIH, presentaban mayor preocupación por el VIH ( $t_{(878)} = 8,27, p < 0,05$ ), por las ITS ( $t_{(878)} = 8,30, p < 0,05$ ) y por el embarazo ( $t_{(878)} = 2,12, p < 0,05$ ), como también mayor conocimiento sobre el ITS/VIH ( $t_{(878)} = 2,34, p < 0,05$ ) que los que no pensaban hacerse la prueba del VIH.

*Conocimiento sobre el ITS/VIH, autoeficacia para rechazar relaciones sexuales y preocupación por el embarazo y ITS/VIH como predictores de las conductas sexuales de riesgo.*

Se realizaron regresiones lineales jerárquicas para analizar si la preocupación por el ITS/VIH y el embarazo, el conocimiento sobre el ITS/VIH y la autoeficacia predecían las conductas sexuales de riesgo. Se controló el efecto de las variables sociodemográficas (véase Tabla 3).

**Tabla 3.** Resumen de los análisis de regresiones lineales jerárquica para las conductas sexuales vaginales y anales.

<i>Predictor</i>	<i>B</i>	<i>Error típico</i>	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
Constante	16,08	0,31		51,46	0,000
Preocupación VIH/sida	0,01	0,06	0,01	0,18	0,85
Preocupación ITS	0,02	0,05	0,02	0,37	0,71
Preocupación embarazo	-0,01	0,06	-0,01	-0,04	0,97
Autoeficacia	0,05	0,02	0,09	2,80	0,01
Conocimiento ITS/VIH	0,08	0,03	0,09	2,69	0,01
<i>Variable dependiente: Edad de inicio del sexo vaginal</i>					
Constante	18,22	0,86		21,10	0,000
Preocupación VIH/sida	-0,22	0,15	-0,14	-1,56	0,17
Preocupación ITS	0,14	0,15	0,09	0,97	0,35
Preocupación embarazo	-0,33	0,17	-0,11	-1,93	0,05
Autoeficacia	0,14	0,04	0,18	3,25	0,01
Conocimiento ITS/VIH	0,12	0,08	0,08	1,37	0,17
<i>Variable dependiente: Edad de inicio del sexo anal</i>					
Constante	10,89	2,06		5,30	0,000
Preocupación VIH/sida	0,16	0,40	0,02	0,40	0,69
Preocupación ITS	-0,10	0,36	-0,02	-0,29	0,77
Preocupación embarazo	-0,13	0,42	-0,01	-0,31	0,76
Autoeficacia	-0,45	0,11	-0,13	-4,15	0,000
Conocimiento ITS/VIH	0,30	0,20	0,05	1,54	0,12
<i>Variable dependiente: Número de parejas en el sexo vaginal (a lo largo de la vida)</i>					

**Tabla 3.** Continuación

<i>Predictor</i>	<i>B</i>	<i>Error típico</i>	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
Constante	5,68	2,69		2,11	0,03
Preocupación VIH/sida	1,25	0,51	0,23	2,45	0,01
Preocupación ITS	0,08	0,46	0,01	0,17	0,87
Preocupación embarazo	-2,08	0,54	-0,22	-3,82	0,000
Autoeficacia	-0,02	0,13	-0,01	-0,17	0,86
Conocimiento ITS/VIH	0,16	0,27	0,03	0,59	0,85
Variable dependiente: <i>Número de parejas en el sexo anal (a lo largo de la vida)</i>					
Constante	2,40	0,27		8,94	0,000
Preocupación VIH/sida	0,05	0,05	0,05	0,87	0,39
Preocupación ITS	0,01	0,05	0,01	0,16	0,87
Preocupación embarazo	-0,09	0,05	-0,06	-1,73	0,08
Autoeficacia	-0,05	0,01	-0,12	-3,53	0,000
Conocimiento ITS/VIH	-0,01	0,03	-0,01	-0,32	0,75
Variable dependiente: <i>Número de parejas en el sexo vaginal (Últimos 2 meses)</i>					
Constante	8,45	2,70		3,12	0,15
Preocupación VIH/sida	0,86	0,51	1,68	0,40	0,10
Preocupación ITS	-0,97	0,45	-2,40	-0,33	0,20
Preocupación embarazo	-0,95	0,58	-1,65	-1,73	0,11
Autoeficacia	-0,36	0,14	-2,68	-0,53	0,30
Conocimiento ITS/VIH	0,51	0,28	1,90	0,32	0,17
Variable dependiente: <i>Número de parejas en el sexo anal (Últimos 2 meses)</i>					

*Valor predictivo de las variables cognitivas (conocimiento sobre el ITS/VIH, autoeficacia para rechazar relaciones sexuales y preocupación por el embarazo y ITS/VIH) con relación a las conductas sexuales vaginales de riesgo.*

Respecto a la edad de la primera relación sexual vaginal, el modelo resultó significativo ( $F_{(5, 1009)} = 3,81; p < 0,05$ ), con el 1% de la varianza explicada. Así, cuanto mayor era la autoeficacia para rechazar relaciones sexuales y el conocimiento sobre el ITS/VIH, mayor era la edad de la primera relación sexual vaginal. En cuanto al número de parejas con las que se ha mantenido relaciones sexuales vaginales a lo largo de la vida fue significativo ( $F_{(5, 1006)} = 3,85; p < 0,05$ ), varianza explicada era del 1%. Las personas que tenían menor autoeficacia, tenían mayor número de parejas en las relaciones vaginales a lo largo de la vida. Por último, el modelo resultante para el número de parejas sexuales vaginales en los últimos dos meses ( $F_{(5, 857)} = 3,82; p < 0,05$ ) fue significativo, varianza explicada del 2%. De este modo, cuanto menor era la autoeficacia, mayor era el número de parejas sexuales con las que habían mantenido relaciones vaginales en los dos últimos meses (véase tabla 3).

*Valor predictivo de las variables cognitivas (conocimiento sobre el ITS/VIH, autoeficacia para rechazar relaciones sexuales y preocupación por el embarazo y ITS/VIH) con relación a las conductas sexuales anales de riesgo.*

Se hallaron resultados significativos en la edad de la primera relación sexual anal ( $F_{(5, 317)} = 3,17; p < 0,05$ ), la varianza explicada era del 4%. Las personas que tenían mayor autoeficacia y menor preocupación por el embarazo presentaron una mayor edad de inicio del sexo anal. Respecto al número de parejas sexuales anales a lo largo de la vida ( $F_{(5, 315)} = 6,38; p < 0,05$ ), el modelo resultó significativo, la varianza explicada del 8%. Las personas que tenían menos preocupación por el embarazo y mayor preocupación por el VIH/sida, tenían un

mayor número de parejas sexuales con las que habían mantenido relaciones anales a lo largo de la vida (véase tabla 3).

*Valor predictivo de las variables cognitivas (conocimiento sobre el ITS/VIH, autoeficacia para rechazar relaciones sexuales y preocupación por el embarazo y ITS/VIH) con relación al uso del preservativo en la primera relación sexual vaginal y anal.*

Por último, se han realizado análisis de regresiones logísticas jerárquicas respecto al empleo del preservativo en la primera relación sexual vaginal y anal (véase Tabla 4). Se encontraron resultados significativos solamente en las relaciones sexuales vaginales ( $\chi^2_{19} = 134,20$ ;  $p < 0,05$ ,  $R^2 = 0,17$ ). Cuanto mayor era el conocimiento sobre el ITS/VIH ( $p < 0,05$ ), mayor era la utilización del preservativo en la primera relación sexual vaginal.

**Tabla 4.** Resumen de los análisis de regresiones logísticas jerárquica para el uso del preservativo en la primera relación sexual vaginal y anal.

<i>Predictor</i>	<i>B</i>	<i>Error típico</i>	<i>Wald</i>	<i>p</i>	<i>Odds Ratio</i>	<i>Intervalo de confianza 95%</i>	
						<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Preocupación VIH/sida	0,06	0,05	1,27	0,26	1,12	0,96	1,18
Preocupación ITS	-0,04	0,05	0,60	0,44	0,89	0,87	1,06
Preocupación embarazo	0,03	0,05	0,29	0,59	0,92	0,87	1,08
Autoeficacia	-0,01	0,01	0,43	0,51	0,98	0,96	1,02
Conocimiento ITS/VIH	0,08	0,03	10,09	0,01	0,93	0,87	0,97
<i>Variable dependiente: Uso del preservativo en la primera relación sexual vaginal</i>							
Preocupación VIH/sida	-0,10	0,08	1,68	0,19	0,90	0,77	1,05
Preocupación ITS	0,04	0,70	0,41	0,52	1,05	0,91	1,20
Preocupación embarazo	0,03	0,08	0,15	0,70	1,03	0,88	1,22
Autoeficacia	0,01	0,02	0,43	0,51	1,01	0,97	1,05
Conocimiento ITS/VIH	-0,07	0,04	2,67	0,10	0,93	0,86	1,01
<i>Variable dependiente: Uso del preservativo en la primera relación sexual anal</i>							

## Discusión

En relación al primer objetivo de este estudio, se han hallado diferencias significativas entre las variables sociodemográficas y el conocimiento sobre el ITS/VIH, la preocupación por las ITS/VIH y el embarazo y la autoeficacia para rechazar relaciones sexuales. Ser mujer, homosexual, tener de 17 a 29 años, ser soltero, tener estudios universitarios, haberse realizado la prueba del VIH y pensar hacérsela, así como alguna ITS, son las características relacionadas con una mayor preocupación por las ITS/VIH. Las mujeres son más vulnerables fisiológicamente a las ITS que los varones por lo que ello podría ser una explicación de una mayor preocupación. Otra explicación para este resultado puede deberse al hecho de que estos jóvenes y adultos no tengan una relación afectiva estable, así como a que tengan con mayor frecuencia contactos sexuales con personas diferentes, de modo que aumenta la preocupación por las ITS. El hecho de haber tenido una ITS, haberse hecho la prueba del VIH y pensar en hacérsela, de manera que mostrarían una mayor sensibilización hacia a la infección por el VIH y de ahí una mayor preocupación. Por otra parte, el hecho de que gran parte de los programas de prevención del VIH hayan sido destinados a homosexuales y que en sus inicios la pandemia se asociara a esta población (ONUSIDA, 2014), podría explicar que exista una mayor preocupación por el VIH/sida en este grupo.

Las mujeres, los heterosexuales, tener entre 17 y 29 años y entre 30 y 42 años, tener pareja de hecho, estudios primarios y superiores y quienes piensan en hacerse la prueba del VIH son los que han mostrado una mayor preocupación por el embarazo. Estos resultados pueden deberse a que las mujeres son las que se pueden quedar embarazadas, y consecuentemente tienen una mayor preocupación por el embarazo. Es más, es razonable que al encontrarse en situación de pareja de hecho y tener esas edades (17-29 años y de 30-42) en las que se es más fértil, perciben una mayor preocupación ante el embarazo. Podría ser también que no utilicen anticonceptivos en todas sus relaciones sexuales.

Ser homosexual, tener de 30 a 42 años, ser soltero, tener estudios universitarios, unos ingresos económicos mensuales de 900 a más de 1200 euros y haberse realizado la prueba del VIH se relacionaba con las puntuaciones más altas en el conocimiento sobre el ITS/VIH. Así, en algunos estudios se muestra que el mayor conocimiento sobre las vías de transmisión y prevención del ITS/VIH se relacionaba con los ingresos económicos (Fernández, 2012; Nwezeh, 2010) y que el alto nivel de estudios era un factor predictor de un mayor conocimiento sobre el VIH/sida (Berhan y Berhan, 2013; Fernández, 2012). En esta línea, los homosexuales y los que tenían estudios universitarios mostraban un significativo conocimiento sobre el VIH/sida (Fernández-Dávila et al., 2012; Nwezeh, 2010).

Por último, las mujeres, los heterosexuales, los casados, los que tienen estudios universitarios y unos ingresos económicos mensuales de 900 y más de 1200 euros y quienes se han realizado la prueba del VIH, muestran una mayor autoeficacia. Los resultados obtenidos se encuentran en la línea de los de la mayoría de estudios consultados, que han concluido que las mujeres tenían mayor autoeficacia (Ballester et al., 2013; Rodríguez et al., 2011). La mayor autoeficacia para rechazar relaciones sexuales en los heterosexuales en comparación con los homosexuales pueden deberse a que la población de homosexuales es menor que la de heterosexuales, con lo cual les puede resultar más difícil encontrar parejas sexuales, de ahí que se perciban menos capaces para rechazar sexo de riesgo de infección por las ITS y el VIH. Igualmente, es factible que los casados tengan menos dificultades para rechazar relaciones sexuales puesto que tienen parejas sexuales estables.

El segundo objetivo de este estudio fue analizar si las variables cognitivas (preocupación por las ITS/VIH y el embarazo, la autoeficacia para rechazar relaciones sexuales, y el conocimiento sobre el ITS/VIH) predecían las conductas sexuales de riesgo vaginales y anales. La autoeficacia predijo gran parte de las conductas sexuales vaginales y anales (edad de inicio del sexo vaginal y anal, número de parejas en el sexo vaginal a lo largo

de la vida y en los últimos dos meses). Una mayor autoeficacia predecía una mayor edad de inicio en las relaciones sexuales vaginales y anales. Por otro lado, cuanto menor era la autoeficacia para rechazar relaciones sexuales, mayor era el número de parejas con las que se practicaba sexo vaginal. Estos resultados son importantes en la medida en que exponen el poder predictivo de la autoeficacia en las conductas sexuales de riesgo, lo que parece indicar la necesidad de la inserción de esta variable cognitiva en los programas de prevención dirigidos a los jóvenes y adultos así como la necesidad de desarrollar habilidades relacionadas para realizar conductas sexuales más seguras (como por ejemplo, la asertividad sexual, la negociación para el uso del preservativo). Es más, estos resultados concuerdan con estudios previos en los que se hace énfasis en que las personas con una mayor autoeficacia, presentaron menos conductas sexuales de riesgo para la infección por el ITS/VIH (Ballester et al., 2013; Seth et al., 2009).

Un mayor conocimiento sobre el ITS/VIH predijo una mayor edad de inicio de las relaciones sexuales vaginales y un mayor uso del preservativo en la primera relación sexual vaginal. Estos resultados están en la línea de la mayoría de estudios consultados, que concluyeron que el conocimiento sobre el ITS/VIH contribuía a la disminución de las conductas sexuales de riesgo (Bermúdez et al., 2012; Fernández, 2012; Ramiro et al., 2013). No obstante, se destaca que el conocimiento sobre el ITS/VIH es un factor necesario pero no suficiente para la prevención de conductas sexuales de riesgo (Nwezeh, 2010; Sikkema et al., 2000).

Por último, cuanto menor era la preocupación por el embarazo, mayor era la edad de la primera relación sexual anal y mayor era el número de parejas sexuales anales a lo largo de la vida. Este conjunto de resultados podría deberse al uso de anticonceptivos, lo cual disminuiría la preocupación por el embarazo o bien podría ser que el hecho de mantener sexo anal disminuya la preocupación por el embarazo. Sin embargo, esclarecer estas relaciones queda

para futuras investigaciones ya que en el presente estudio no se pueden establecer relaciones de causalidad. Cuanto mayor es la preocupación por el VIH/sida mayor era el número de parejas sexuales anales a lo largo de la vida. Estos resultados podrían deberse a que al tener varias parejas sexuales anales, la preocupación sea mayor. Se insiste en la limitación anteriormente planteada ya que se utilizó un diseño transversal y no se puede establecer una relación de causa-efecto.

Este estudio aportó resultados relevantes que de dos maneras pueden contribuir a la promoción de conductas sexuales seguras. En primer lugar, se han identificado perfiles sociodemográficos en las variables cognitivas evaluadas. En segundo lugar, se muestra que la autoeficacia para rechazar relaciones sexuales, el conocimiento sobre el ITS/VIH y la preocupación por el ITS/VIH y el embarazo, son predictores importantes en las conductas sexuales de riesgo. Se sugiere que los esfuerzos para la reducción de riesgo sexual centrado en la población joven y adulta que consideren estos perfiles sociodemográficos y estas variables.

## Referencias

- Ballester, R., Gil-Llario, M. D., Ruiz-Palomino, E. y Giménez-García, C. (2013). Autoeficacia en la prevención sexual del Sida: la influencia del género. *Anales de Psicología, 29*, 76-82.
- Berhan, Y. y Berhan, A. (2013). Meta-analysis on risky sexual behaviour of men: consistent findings from different parts of the world. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV, 25*, 151-159.
- Bermúdez, M. P., Castro, A., Madrid, J. y Buela-Casal, G. (2010). Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos en España. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10*, 89-103.
- Bermúdez, M. P., Teva, I., Ramiro, M. T., Uribe-Rodríguez, A. F., Sierra, J. C. y Buela-Casal, G. (2012). Knowledge, misconceptions, self-efficacy and attitudes regarding HIV: Cross-cultural assessment and analysis in adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 12*, 235-249.
- Crosby, R., DiClemente, R., Wingood, G.M., Catlainn, S., Harrington, K., Davies, S. L., et al. (2001). Psychosocial Correlates of adolescents' worry about STD versus HIV infection. *Sexually Transmitted Diseases, 28*, 208-213.
- DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Harrington, K. F., Lang, D. L., Davies, S. L., Hook, E. W., et al. (2004). Efficacy of an HIV prevention intervention for African American adolescent girls: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 292*, 171-179.

- Fernández, M. A. (2012). Relación entre el conocimiento de los mecanismos de transmisión del VIH y la percepción de riesgo de infección en Guayaquil, Ecuador. *Revista Chilena de Salud Pública*, 16, 107-114.
- Fernández-Dávila, P., Lupiáñez-Villanueva, F. y Lorca, K. Z. (2012). Actitudes hacia los programas de prevención *on-line* del VIH y las ITS, y perfil de los usuarios de Internet en los hombres que tienen sexo con hombres. *Gaceta Sanitaria*, 26, 123-130.
- Hartley, J. (2012). New ways of making academic articles easier to read. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 143-160.
- Nwezeh, C. M. T. (2010). Students knowledge and information needs on HIV/AIDS in Nigeria. *Journal of Hospital Librarianship*, 10, 152-164.
- ONUSIDA (2014). *Informe sobre la epidemia mundial de Sida 2013*. Recuperado el 03 de Junio de 2014 de <http://www.unaids.org>
- Plan Nacional sobre el SIDA (2013). *Área de vigilancia de VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica del VIH/sida en España: sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH y registro nacional de casos de sida*. Secretaría del Plan Nacional sobre el sida/Centro Nacional de Epidemiología: Madrid.
- Ramiro, M. T., Teva, I., Bermúdez, M. P. y Buéla-Casal, G. (2013). Social support, self-esteem and depression: Relationship with risk for sexually transmitted infections/HIV transmission. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 181-188.
- Raymond, H. F., Chen, Y., Ick, T., Scheer, S., Bernstein, K., Liska, S., et al. (2013). A new trend in the HIV epidemic among men who have sex with men, San Francisco, 2004–2011. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 62, 584-589.

- Rodríguez, N. V., Lagunas, L. M. F., Acosta, R. C., Miner, S., Campos, L. L. y Peragallo, N. (2011). Conocimientos y autoeficacia asociados a la prevención del VIH y SIDA en mujeres chilenas. *Investigación y Educación en Enfermería*, 29, 222-229.
- Sales, J. M., Spitalnick, J., Milhausen, R. R., Wingood, G. M., DiClemente, R. J., Salazar, L. F., et al. (2009). Validation of the worry about sexual outcomes scale for use in STI/HIV prevention interventions for adolescent females. *Health Education Research*, 24, 140-152.
- SEISIDA - Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (2012). *El 90% de los españoles considera "poco probable" infectarse con el VIH*. Recuperado el 30 de Octubre de 2012 de [http://www.seisida.net/index.php?option=com\\_content&view=frontpage&Itemid=1](http://www.seisida.net/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=1)
- Seth, P., Raiji, P. T., DiClemente, R. J. y Rose, E. (2009). Psychological distress as a correlate of a biologically confirmed STI, risky sexual practices, self-efficacy and communication with male sex partners in African-American female adolescents. *Psychology, Health & Medicine*, 14, 291-300.
- Sikkema, K., Kelly, J., Winett, R., Solomon, L., Cargil, V., Roffman, R., et al. (2000). Outcomes of a randomized community-level HIV prevention intervention for women living in 18 low-income housing developments. *American Journal of Public Health*, 90, 57-63.
- Smith, K. P. y Watkins, S. C. (2005). Perceptions of risk and strategies for prevention: responses to HIV/AIDS in rural Malawi Social. *Science & Medicine*, 60, 649-660.
- Teva, I., Bermúdez, M. P., Ramiro, M. T. y Ramiro-Sanchez, T. (2013). Analysis of sexual behavior in adolescents. *Current HIV Research*, 11, 512-519.

## **ESTUDIO 5**



**Estudio 5****Conocimiento y preocupación sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS)/VIH y variables sociodemográficas asociadas con hacerse la prueba del VIH en la población general.****Resumen**

Los objetivos de este estudio eran evaluar la prevalencia de personas que alguna vez se han hecho la prueba del VIH; analizar en el grupo de personas que nunca se ha hecho la prueba del VIH, los motivos por los cuales no se la ha hecho; identificar en el grupo de personas que está pensando hacerse la prueba del VIH, cuándo piensan hacérsela; analizar si las variables sociodemográficas, el conocimiento sobre las ITS/VIH y la preocupación por las ITS/VIH predicen no hacerse la prueba del VIH. La muestra estaba compuesta por 1.106 participantes de la población general, 60% mujeres y 40% varones, de edades comprendidas entre los 17 y los 55 años. Los instrumentos de evaluación fueron: un cuestionario sobre aspectos sociodemográficos y de realización de la prueba del VIH, una escala de conocimiento sobre las ITS y el VIH/sida y una escala de preocupación por las ITS/VIH. Se halló que la mayoría de los participantes no se había realizado la prueba del VIH. La mayoría estaba bastante segura de que no tenía el VIH. Tener entre 17 y 29 años y ser heterosexual incrementaban las probabilidades de no hacerse la prueba del VIH. Por otro lado, a mayor conocimiento y preocupación por las ITS/VIH, mayor probabilidad de hacerse la prueba del VIH. Se sugiere la necesidad de promover la realización de la prueba del VIH en la población general y tener en cuenta para ello las características sociodemográficas y psicológicas de la población general.

## **Abstract**

The objectives of this study were to assess the prevalence of people who have ever been tested for HIV; analyzed in the group of people who have never been tested for HIV, the reasons for which it does not made; identify in the group of people who are thinking of getting tested for HIV when they think made it; examine whether sociodemographic variables, knowledge about STIs/HIV and concern about STIs/HIV predict not get tested for HIV. The sample consisted of 1,106 participants from the general population, 60% female and 40% male, aged between 17 and 55 years. assessment instruments were a questionnaire on sociodemographic and conducting HIV testing, a scale of knowledge about STIs and HIV/AIDS and a range of concerns about STIs/HIV. It was found that most of the participants had not been tested for HIV. Most were pretty sure it was not HIV. Be between 17 and 29 years old and heterosexual increase chances of not getting tested for HIV. On the other hand, the greater awareness and concern about STIs/HIV, more likely to get tested for HIV. The need to promote the implementation of HIV testing in the general population and take into the account the sociodemographic and psychological characteristics of the general population is suggested.

## Introducción

A nivel mundial, durante el año 2013 se produjeron alrededor de 2,1 millones de nuevas infecciones por el VIH, ascediendo a 35,3 millones el número de personas infectadas (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA], 2013a). Por ello, el diagnóstico precoz del VIH es la vía de acceso a los servicios de apoyo, de atención, de tratamiento y de prevención (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012) de ahí la importancia de realizarse la prueba de detección del virus. Se pone de manifiesto que el estigma, la discriminación, la espera y las distancias de desplazamiento a los centros de salud (ONUSIDA, 2014), así como preferir no saber el estado serológico y la baja percepción de los beneficios del diagnóstico (De Wit y Adam, 2008) son algunas de las barreras que perciben las personas para realizarse la prueba del VIH.

Se ha avanzado en el tratamiento de la infección por el VIH, no obstante se ha observado un aumento en las conductas sexuales de riesgo en algunos países (ONUSIDA, 2013b), lo cual incrementa las probabilidades de infección. En España, el 82% de las nuevas infecciones por el VIH en el año de 2012 fueron mayoritariamente por vía sexual. La vía de transmisión predominante es la homosexual. Se destaca que el 48% de los nuevos diagnósticos de VIH fueron tardíos (Plan Nacional sobre el SIDA, 2013). Es más, solamente el 30% de la población española se había hecho alguna vez la prueba para la detección del VIH (Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida [SEISIDA], 2012). En otros estudios previos se confirmaron las bajas tasas de realización de la prueba del VIH entre la población española (Cuesta et al., 2012; Gorostiza, Landache y Izagirre, 2013).

En estudios recientes se han analizado algunas variables sociodemográficas asociadas con hacerse la prueba del VIH, como la edad (Das et al., 2013; Rezaeian y Esmailnasab, 2013; Ziraba et al., 2011), la renta económica (Das et al., 2013; Leta, Sandøy y Fylkesnes, 2012), el nivel de estudios (Conserve, Sevilla, Mbwambo y King, 2012; Das et al., 2013; Leta

et al., 2012; Rezaeian y Esmailnasab, 2013), el estado civil (Ziraba et al., 2011), por lo que se destaca la relevancia de identificar perfiles sociodemográficos para contribuir en futuras intervenciones dirigidas a promover que las personas se hagan la prueba del VIH.

Por otra parte, algunas variables psicológicas son igualmente relevantes, como la preocupación por las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH, que se entiende como la sensación de inquietud, miedo, intranquilidad, temor o angustia ante la posibilidad de ser seropositivo por el VIH y/o tener una ITS (Crosby et al., 2001). Recientemente se ha puesto de manifiesto que la alta preocupación por el VIH/sida se asociaba de forma negativa con la prueba del VIH (Talib, Silver, Coupey y Bauman, 2013). Es más, en otro estudio previo se mostró que el 90% de los participantes pensaba que era poco o nada probable infectarse por el VIH (SEISIDA, 2012), lo que denotaría una baja preocupación al respecto y/o una baja percepción de riesgo de infección.

Otra variable psicológica importante es el conocimiento sobre el VIH/sida, que se refiere a la información que las personas tienen sobre la prevención, infección, causas y consecuencias del VIH/sida y las infecciones de transmisión sexual (Sikkema et al., 2000). Por un lado, según algunos hallazgos recientes el alto nivel de conocimiento sobre el VIH/sida se relaciona con haberse realizado la prueba del VIH (Mall, Middelkoop, Mark, Wood y Bekker, 2013; Peltzer y Matseke, 2013; Silva et al., 2014) mientras que el bajo conocimiento sobre VIH/sida se asocia con no hacerse la prueba del VIH (Zhang, Zhang, Gao, He y Detels, 2012). Sin embargo, en otros estudios no se ha observado relación entre haberse realizado la prueba del VIH o no y el nivel de conocimiento sobre el VIH/sida (Gomes, Ceccato, Rocha y Guimarães, 2013; Talib et al., 2013), por lo que existen resultados contradictorios.

Dada la importancia de hacerse la prueba del VIH para el diagnóstico precoz de la infección y la necesidad de estudios al respecto en población general española, se plantea el presente estudio. Los objetivos son: 1. Evaluar la prevalencia de personas que alguna vez se han hecho la prueba del VIH; 2. Analizar en el grupo de personas que nunca se ha hecho la prueba del VIH, los motivos por los cuales no se la ha hecho; 3. Identificar en el grupo de personas que está pensando hacerse la prueba del VIH, cuándo piensan hacérsela; 4. Analizar si las variables sociodemográficas, el conocimiento sobre las ITS/VIH y la preocupación por las ITS/VIH predicen no hacerse la prueba del VIH.

Por último, destacar que en la redacción de este artículo se han seguido, en la medida de lo posible, las recomendaciones de Hartley (2012).

## **Metodología**

### **Participantes**

La muestra estaba compuesta por 1.106 participantes españoles, de la población general. El 60% eran mujeres y el 40% varones, de edades comprendidas entre los 17 y los 55 años ( $M= 27,99$  años;  $DT= 8,86$ ). Todos tenían experiencia sexual. Ninguno informó estar infectado por el VIH. De forma más detallada se pueden consultar otras características sociodemográficas de los participantes en la tabla 1.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los participantes.

<i>Características</i>	<i>N</i> <i>(N = 1.106)</i>	<i>%</i>
<i>Sexo</i>		
- Varón	444	40,00
- Mujer	662	60,00
<i>Nivel de estudios</i>		
- Sin estudios	49	4,00
- Estudios Primarios	111	10,00
- Estudios Secundarios	329	30,00
- Estudios Universitarios	617	56,00
<i>Orientación sexual</i>		
- Heterosexual	908	82,00
- Homosexual	198	18,00
<i>Edad</i>		
- 17 a 29 años	705	63,00
- 30 a 42 años	308	29,00
- 43 a 55 años	93	8,00
<i>Estado Civil</i>		
- Soltero	807	73,00
- Casado	132	11,90
- En pareja	121	10,90
- Separado/divorciado	44	4,00
- Viudo	2	0,20
<i>Ingresos económicos mensuales</i>		
- Menos de 600 euros	335	30,30
- Entre 600 y 900 euros	143	12,90
- Entre 900 y 1.200 euros	188	17,00
- Más de 1.200 euros	440	39,80

## Instrumentos

- *Cuestionario sobre aspectos sociodemográficos y realización de la prueba del VIH.*

Se plantearon un conjunto de preguntas para recoger información sociodemográfica (edad, sexo, orientación sexual, nivel de estudios, si tenían alguna enfermedad y cuál, ingresos económicos mensuales y estado civil). Por otra parte, se incluyeron preguntas sobre la prueba del VIH teniendo como base estudios previos (e.g., Martín-Pérez, Monasterio, Martínez, Monegal y Lorca, 2009). Concretamente se se preguntó: “¿Alguna vez se ha realizado la prueba del VIH?”, “¿Está pensando en hacérsela?” Las opciones de respuesta eran “sí” o “no”; “Si nunca se ha realizado la prueba del VIH, indique el motivo”; “estoy bastante seguro/a de que no tengo el VIH” las opciones de respuestas eran: “me asusta la posibilidad de recibir un resultado positivo”, “nunca he tenido prácticas de riesgo”, “seguramente soy VIH positivo pero prefiero no saberlo”, “tomo medidas de precaución y eso no depende de saber si estoy o no infectado/a”, “hasta el momento nunca me lo he planteado”, “alguna vez he pensado en hacérmela, pero no sé donde”, “me podrían discriminar si soy VIH positivo”, “si resulto seropositivo no sabría cómo abordarlo con mi/s pareja/s”, “dudo que puedan hacerme esta prueba de manera anónima”, “no me importa, quiero disfrutar de la vida sin preocuparme” y “hacerme la prueba no me aporta ningún beneficio”.

- *Escala de conocimiento sobre las ITS y el VIH/sida* (Sikkema et al., 2000). Este instrumento permite evaluar el grado de conocimiento sobre las vías de transmisión de las ITS/VIH. Está formado por dieciséis preguntas (por ejemplo, “No puedes infectarte con el virus del SIDA a través de un corte en la piel”); el formato de respuesta es “verdadero”, “falso” y “no sé”. El rango de puntuación es 0-16 (a mayor puntuación, mayor conocimiento). En la presente muestra el alfa de Cronbach=0,62.

- *Escala de preocupación por las ITS/VIH y el embarazo* (Crosby et al., 2001). Evalúa el grado de preocupación por ITS/VIH y embarazo, este instrumento se compone de diez

ítems (como por ejemplo: "*Tú podrías coger el virus del SIDA*"; "*Tú podrías coger una enfermedad de transmisión sexual (ETS)*"; "*Tu pareja podría quedarse embarazada*"): cuatro de ellos evalúan la preocupación por las ITS (rango de puntuación 0-12); cuatro ítems evalúan la preocupación por el VIH (rango de puntuación 0-12) y, los dos restantes, la preocupación por el embarazo (rango de puntuación 0-6). Cada ítem tiene cuatro opciones de respuesta, que van desde "*nunca me preocupo*" hasta "*siempre me preocupo*". En el presente estudio se emplearon solo las subescalas de preocupación por las ITS y por el VIH/sida (en la preocupación por el VIH/sida, el  $\alpha$  de Cronbach=0,86 y en la preocupación por las ITS, el  $\alpha$  de Cronbach=0,89). A mayor puntuación, mayor preocupación.

### **Diseño**

Se trata de un estudio descriptivo de poblaciones mediante encuestas de tipo transversal.

### **Procedimiento**

Inicialmente, la investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad de Granada (España). El criterio de inclusión era no estar diagnosticado de VIH. Para la recopilación de los datos se seleccionaron personas de forma aleatoria en diferentes lugares públicos de Granada (por ejemplo, centros comerciales, estación de autobuses, asociaciones, parques, etc.). La aplicación de los cuestionarios fue individual y la realizó siempre el mismo investigador, tras haber informado previamente a los participantes sobre el estudio. Se les proporcionó a todos los participantes las mismas instrucciones; las respuestas eran anónimas y se les garantizaba la confidencialidad de las mismas. La tasa de rechazo para participar fue del 20%. El tiempo para cumplimentar el cuestionario era de veinte minutos, aproximadamente. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico *SPSS* versión 21.0.

## Resultados

*Realización de la prueba del VIH, motivos para no hacérsela y cuando piensan hacérsela. Estadísticos descriptivos de los participantes en las variables conocimiento sobre las ITS/VIH, preocupación por las ITS y el VIH.*

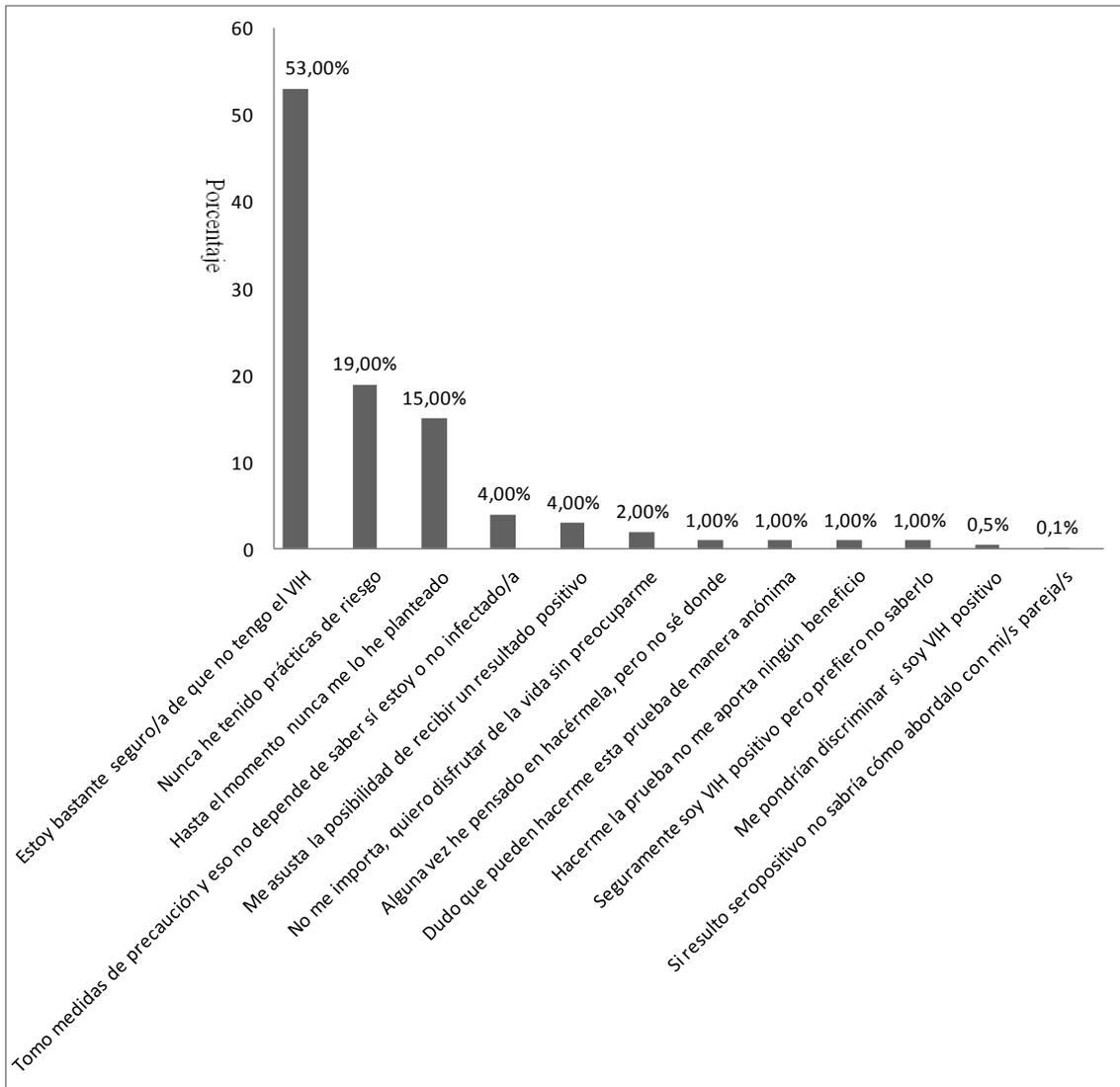
Como se puede observar en la tabla 2, el 79,90% no se había realizado la prueba del VIH. En la figura 1 se muestran los motivos para no realizarse la prueba de detección del VIH. Los que más destacaron fueron "*estoy bastante seguro/a de que no tengo el VIH*" (53%), seguido de "*nunca he tenido prácticas de riesgo*" (19%).

**Tabla 2.** Porcentajes, medias y desviaciones típicas de los participantes en variables relativas a haber tenido alguna ITS, hacerse la prueba del VIH, conocimiento sobre las ITS/VIH y preocupación sobre las ITS y el VIH/sida.

<i>Variables</i>	<i>Participantes (N = 1.106) N (%)</i>
<i>Ha tenido alguna ITS</i>	
Sí	105 (9,50)
No	1.001 (90,50)
<i>Se ha hecho la prueba del VIH alguna vez</i>	
Sí	222 (20,10)
No	884 (79,90)
<i>Si no se ha hecho la prueba del VIH, ¿piensa hacérsela?</i>	
Sí	108 (12,30)
No	772 (87,70)
<i>Conocimiento sobre las ITS/VIH</i>	
Media	n = 1.106 8,07
DT	2,88
<i>Preocupación por las ITS</i>	
Media	n = 1.106 2,31
DT	2,73
<i>Preocupación por el VIH/sida</i>	
Media	n = 1.106 1,92
DT	2,46

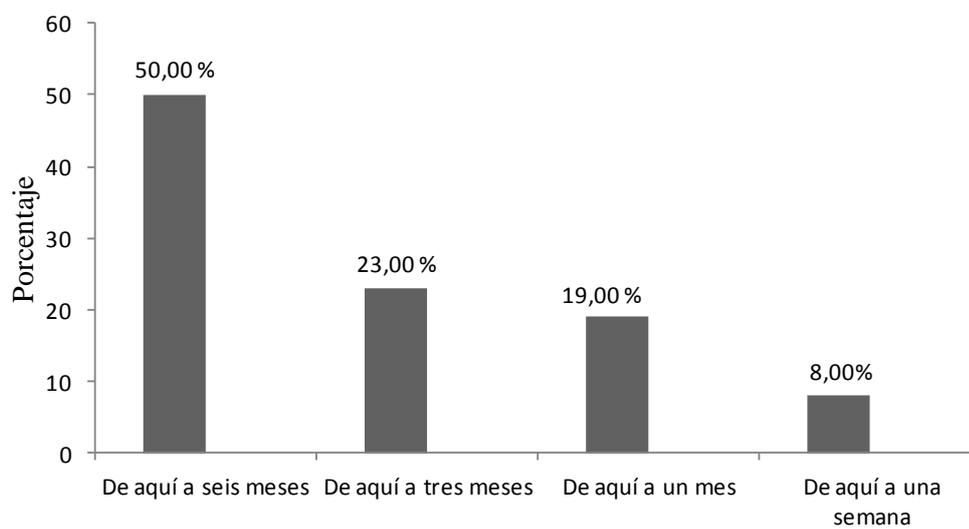
Nota. DT = Desviación Típica

**Figura 1.** Motivos para no hacerse la prueba del VIH en los que no se la han hecho.



En la tabla 2 se muestra que el 87,70% no piensa hacerse la prueba del VIH. De los que sí piensan hacérsela (12,30%), la mayoría piensa hacérsela “de aquí a seis meses” (50%) (véase Figura 2).

**Figura 2.** Porcentaje de participantes que no se ha hecho la prueba del VIH distribuidos en función de cuando piensan hacérsela.



*Conocimiento sobre las ITS/VIH, preocupación por las ITS y el VIH y su relación con hacerse la prueba del VIH o no.*

Para analizar si las variables sociodemográficas, el conocimiento sobre las ITS/VIH, la preocupación por las ITS y la preocupación por el VIH eran factores predictores de no hacerse la prueba del VIH, se llevó a cabo un análisis de regresión logística multivariado. Como paso anterior al mismo, se realizaron análisis de regresiones logísticas univariados de cada variable independiente (sexo, edad, nivel de estudios, orientación sexual, ingresos económicos mensuales y estado civil, conocimiento sobre las ITS/VIH, preocupación por las ITS y preocupación por el VIH) con la variable dependiente (hacerse la prueba del VIH, que fue dicotomizada de forma que 1 = no se había hecho la prueba del VIH y 0 = sí se había hecho la

prueba del VIH). Únicamente las variables que fueron estadísticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) en los análisis univariados fueron introducidas en el análisis multivariado.

Los análisis de regresión logística univariantes pusieron de manifiesto que ser mujer se relacionaba con una menor probabilidad de no haberse hecho la prueba del VIH ( $OR = 0,80$ ; 95% IC = 0,52-0,95;  $p = 0,02$ ) en comparación con los varones; ser heterosexual incrementaba la probabilidad de no haberse hecho la prueba, en comparación con los homosexuales ( $OR = 3,25$ ; 95% IC = 2,32-4,55;  $p = 0,00$ ); tener entre 17 y 29 años se asociaba con una mayor probabilidad de no haberse hecho la prueba, en comparación con los de 43-55 años ( $OR = 1,92$ ; 95% IC = 1,14-3,21;  $p = 0,01$ ). El resto de variables sociodemográficas (estado civil, nivel de estudios e ingresos económicos mensuales) no se asociaban con haberse hecho la prueba del VIH o no, por lo que no fueron introducidas en el análisis de regresión logística multivariado.

Por otra parte, un mayor conocimiento sobre las ITS y el VIH se relacionaba con una menor probabilidad de no haberse realizado la prueba del VIH ( $OR = 0,77$ ; 95% IC = 0,73-0,82;  $p = 0,00$ ). Por otra parte, una mayor preocupación por el VIH/sida disminuía la probabilidad de no haberse hecho la prueba del VIH ( $OR = 0,87$ ; 95% IC = 0,83-0,92;  $p = 0,00$ ). Igualmente, a mayor preocupación por las ITS, menor probabilidad de no haberse hecho la prueba del VIH ( $OR = 0,87$ ; 95% IC = 0,83-0,91;  $p = 0,00$ ).

Los resultados del análisis de regresión logística multivariado se presentan en la tabla 3. El modelo resultó significativo ( $\chi^2 (7) = 160,76$ ;  $p = 0,00$ ). Atendiendo a la prueba de Hosmer y Lemeshow, el modelo tenía un buen ajuste ( $p = 0,45$ ). El porcentaje de varianza explicada era del 21%. Como se puede observar en la tabla 3, tener entre 17 y 29 años ( $OR = 2,19$ ; 95% IC = 1,24-3,87;  $p = 0,00$ ) y ser heterosexual ( $OR = 2,41$ ; 95% IC = 1,66-3,49;  $p = 0,00$ ) incrementaban las probabilidades de no hacerse la prueba del VIH. Un mayor

conocimiento sobre las ITS/VIH ( $OR = 0,79$ ; 95% IC = 0,74-0,85;  $p = 0,00$ ) y una mayor preocupación por las ITS ( $OR = 0,87$ ; 95% IC = 0,79-0,95;  $p = 0,00$ ) disminuían las probabilidades de no hacerse la prueba del VIH.

**Tabla 3.** Resultados del análisis de regresión logística multivariante de los factores asociados con no hacerse la prueba del VIH en la muestra de participantes.

<i>Variables</i>	<i>No hacerse la prueba del VIH<sup>1</sup></i>		
	<i>OR</i>	<i>95% IC</i>	<i>P</i>
<i>Sexo</i>			
Varón	0,80	0,57-1,11	0,19
Mujer	REF		
<i>Edad</i>			
17-29 años	2,19	1,24-3,88	0,00*
30-42 años	0,83	0,46-1,48	0,53
43-55 años	REF		
<i>Orientación sexual</i>			
Heterosexual	2,41	1,66-3,49	0,00*
Homosexual	REF		
<i>Conocimiento sobre las ITS/VIH</i>	0,79	0,74-0,84	0,00*
<i>Preocupación por las ITS</i>	0,87	0,79-0,95	0,00*
<i>Preocupación por el VIH/sida</i>	1,01	0,91-1,12	0,79

<sup>1</sup>Modelo  $\chi^2 (7) = 160,76$ ;  $p = 0,00$ ; OR = Odds Ratio ; 95% IC = 95% Intervalo de Confianza; REF = categoría de referencia; \* $p < 0,05$

## Discusión

Los resultados aquí presentados muestran que la mayoría de los participantes (el 79,90%) no se había realizado la prueba del VIH. De forma similar, estudios previos han mostrado bajas tasas en la realización de la prueba del VIH (Arrivillaga et al., 2012; Cuesta et al., 2012; Gorostiza et al., 2013; Rezaeian y Esmailnasab, 2013). Al considerar los motivos para no realizarse la prueba del VIH, se halló que la mayoría estaba bastante segura de que no tenía el VIH. Estos resultados son similares de la SEISIDA (2012), en el que el 90% de los participantes pensaba que era poco o nada probable infectarse por el VIH y solamente el 30% se había hecho alguna vez la prueba del VIH, al igual que el 53% pensaba que tenía menos posibilidades de infectarse por el VIH que la media de la población. En cuanto a las personas que están pensando en hacer la prueba del VIH, la mayoría piensa en hacérsela de aquí a seis meses. Estos resultados pueden deberse a que estos participantes tienen el optimismo no realista que les llevaría a percibir que es poco probable que se infecten por el VIH (Pons-Salvador, Díaz y Guillén-Salazar, 2010). Desde esta perspectiva, destacar que el bajo riesgo percibido constituye una de las principales barreras para someterse a la prueba del VIH (Deblonde et al., 2010; Hoyos et al., 2013). Así, parecen necesarias intervenciones para incentivar hacerse la prueba del VIH en la población general, dada su trascendencia tanto a nivel de tratamiento como de prevención.

En relación a las variables sociodemográficas, no se han observado resultados significativos en esta muestra respecto al estado civil, los niveles de estudios y los ingresos económicos mensuales relacionados con no hacerse la prueba del VIH. De forma antagónica, en publicaciones anteriores se ha concluido que una más alta posición económica (Das et al., 2013; Leta et al., 2012), un mayor nivel de estudios (Conserve et al., 2012; Das et al., 2013; Rezaeian y Esmailnasab, 2013) y ser divorciado, separado, y viudo (Ziraba et al., 2011) incrementaban las probabilidades de haberse hecho la prueba del VIH. Por otra parte, De Wit

y Adam (2008) realizaron una revisión de estudios en la que concluyeron que con excepción de la edad, no existían diferencias respecto a hacerse la prueba del VIH considerando otras variables sociodemográficas.

En el presente estudio se muestra que los que eran más jóvenes (17-29 años) tenían más probabilidades de no haberse hecho la prueba del VIH en comparación con los más mayores (43-55 años). Aunque existen estudios que ponen de manifiesto que ser joven se asociaba con una mayor probabilidad de haberse hecho la prueba del VIH (Das et al., 2013; Rezaeian y Esmailnasab, 2013; Ziraba et al., 2011), en el presente estudio se ha hallado que los más jóvenes tenían más probabilidades de no haberse hecho la prueba del VIH, lo que podría indicar la existencia de una baja percepción de riesgo a la infección por el VIH en estos jóvenes. Por otra parte, en un estudio realizado por el Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2013), se ha puesto de manifiesto que la realización de la prueba del VIH ha aumentado entre los más mayores (45 y 64 años) y disminuido entre los más jóvenes (18 y 24 años). Igualmente, los heterosexuales tenían más probabilidades de no haberse hecho la prueba del VIH comparados con los homosexuales. Otros estudios se encuentran en la misma línea concluyendo que ser homosexual se asociaba con una mayor probabilidad de hacerse la prueba del VIH (Schulden, et al., 2013), y se han observado bajas tasas de realización de la prueba del VIH entre los heterosexuales (Ma et al., 2013).

Por último, se concluye que cuanto mayor era el conocimiento sobre las ITS/VIH y la preocupación por las ITS, mayor era la probabilidad de haberse realizado la prueba del VIH. Así, existen estudios que relacionan el alto conocimiento con haberse realizado la prueba del VIH (Das et al., 2013; Peltzer y Matseke, 2013; Rezaeian y Esmailnasab, 2013; Silva et al., 2014), y un bajo conocimiento sobre ITS/VIH con la mayor probabilidad de no haberse hecho la prueba del VIH (Zhang et al., 2012). Por tanto, aunque el mayor conocimiento sobre ITS/VIH por sí solo no sea suficiente para promover las conductas sexuales saludables

(Wagenaar, Sullivan y Stephenson, 2012), parece ser una variable importante en la realización de la prueba del VIH. En relación a la preocupación por las ITS, no se han encontrado estudios sobre esta variable y su relación con hacerse la prueba del VIH, aunque sí se han hallado estudios al respecto sobre la preocupación por el VIH. Así, una alta preocupación por el VIH/sida se ha relacionado con una menor probabilidad de hacerse la prueba del VIH (Talib et al., 2013) por lo que una alta preocupación por el VIH/sida constituiría una barrera para hacerse la prueba. No obstante, en el presente estudio no se han hallado asociaciones significativas entre la preocupación por el VIH y hacerse la prueba. Una posible explicación de ello podría ser que en la actualidad y debido a los avances en los tratamientos antirretrovirales, la infección por el VIH sea considerada una enfermedad crónica (Deek, Lewin y Havlir, 2013), por lo que las personas no estarían preocupadas por el VIH. Asimismo, podría ser que las personas que tienen un mayor conocimiento y preocupación por las ITS estén más motivadas para hacerse la prueba, o bien una vez que se han sometido a ella, busquen información para adquirir más conocimientos y se encuentren más preocupadas. Sin embargo, la naturaleza transversal del presente estudio no permite establecer relaciones causa-efecto.

Destacar que el presente estudio supone una aportación sobre variables psicológicas de índole cognitiva relacionadas con hacerse la prueba del VIH que no han sido previamente analizadas en población española. Sin embargo, entre las limitaciones del presente estudio se encuentra que al tratarse de una muestra incidental, los resultados no pueden generalizarse al conjunto de la población, al no ser representativa.

Así, se podrían diseñar intervenciones dirigidas a incentivar la realización de la prueba del VIH en la población general, teniendo en cuenta las barreras y beneficios percibidos de hacerse la prueba, la percepción de susceptibilidad y vulnerabilidad frente a la infección, así

como las intenciones para realizarse la prueba, de forma que se incremente el diagnóstico precoz.

## Referencias

Arrivillaga, M., Hoyos, P. A., Tovar, L. M., Varela, M. T., Correa, D. y Zapata, H. (2012).

HIV testing and counselling in Colombia: evidence from a national health survey and recommendations for health-care services. *International Journal of STD & AIDS*, 23, 815-821.

Centers for Disease Control and Prevention - CDC (2013). *HIV testing trends in the United States, 2000-2011*. Recuperado el 16 de Junio de 2014 de [http://www.cdc.gov/vih/tendencias pdf/testing.pdf](http://www.cdc.gov/vih/tendencias/pdf/testing.pdf)

Conserve, D., Sevilla, L., Mbwambo, J. y King, G. (2012). Determinants of previous HIV testing and knowledge of partner's HIV status among men attending a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *American Journal of Men's Health*, 20, 1-11.

Crosby, R., DiClemente, R., Wingood, G. M., Catlainn, S., Harrington, K., Davies, S., et al. (2001). Psychosocial correlates of adolescents' worry about STD versus HIV infection. *Sexually Transmitted Diseases*, 28, 208-213.

Cuesta, M. D. M., López, M. D. C., Nieto, P., Junquera, M. L., Varela, J. A. y Vázquez, F. (2012). Implantación de una prueba rápida de VIH en Asturias (España). *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 30, 189-191.

Das, A., Babu, G. R., Ghosh, P., Mahapatra, T., Malmgren, R. y Detels, R. (2013). Epidemiologic correlates of willingness to be tested for HIV and prior testing among married men in India. *International Journal of STD & AIDS*, 24, 957-968.

- Deblonde, J., De Koker, P., Hamers, F. F., Fontaine, J., Luchters, S. y Temmerman, M. (2010). Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. *European Journal of Public Health, 20*, 422-432.
- Deek, S. G., Lewin, S. R. y Havlir, D. V. (2013). The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *Lancet, 382*, 1525-1533.
- De Wit, J. B. y Adam, P. C. G. (2008). To test or not to test: psychosocial barriers to HIV testing in high - income countries. *HIV Medicine, 9*, 20-22.
- Gomes, R. R. D. F. M., Ceccato, M. D. G. B., Rocha, G. M. y Guimarães, M. D. C. (2013). Conhecimento sobre HIV/Aids e fatores associados entre homens que fazem sexo com homens em Belo Horizonte, MG. *Revista Médica de Minas Gerais, 23*, 427-436.
- Gorostiza, I., Landache, I. E. L. y Izagirre, L. B. (2013). HIV/AIDS screening program in community pharmacies in the Basque Country (Spain). *Gaceta Sanitaria, 27*, 164-166.
- Hartley, J. (2012). New ways of making academic articles easier to read. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 12*, 143-160.
- Hoyos, J., Fernández-Balbuena, S., De la Fuente, L., Sordo, L., Ruiz, M., Barrio, G., et al. (2013). Never tested for HIV in Latin-American migrants and Spaniards: prevalence and perceived barriers. *Journal of the International AIDS Society, 16*, 1856-1860.
- Leta, T. H., Sandøy, I. F. y Fylkesnes, K. (2012). Factors affecting voluntary HIV counselling and testing among men in Ethiopia: a cross-sectional survey. *BMC Public Health, 12*, 438.
- Ma, Q., Pan, X., Cai, G., Yan, J., Ono-Kihara, M. y Kihara, M. (2013). HIV antibody testing and its correlates among heterosexual attendees of sexually transmitted disease clinics in China. *BMC Public Health, 13*, 44.

- Mall, S., Middelkoop, K., Mark, D., Wood, R. y Bekker, L. G. (2013). Changing patterns in HIV/AIDS stigma and uptake of voluntary counselling and testing services: the results of two consecutive community surveys conducted in the Western Cape, South Africa. *AIDS Care*, 25, 194-201.
- Martín-Pérez, A., Monasterio, C. M., Martínez, T. P., Monegal, A. R. y Lorca, K. Z. (2009). *Cuídate.info. El sexo que practicamos*. Recuperado el 12 de Septiembre de 2014 de <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD10820.pdf>
- ONUSIDA (2013a). *Informe sobre la epidemia mundial de Sida 2013*. Recuperado el 23 de Septiembre de 2013 de <http://www.unaids.org>
- ONUSIDA (2013b). *El sida en cifras*. Recuperado el 13 de Junio de 2014 de [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2571\\_AIDS\\_by\\_the\\_numbers\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2571_AIDS_by_the_numbers_es.pdf)
- ONUSIDA (2014). *Ampliación del acceso a las pruebas del VIH mediante las nuevas tecnologías*. Recuperado el 13 de Junio de 2013 de <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2014/may/20140527selftesting/>
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Documento normativo sobre las pruebas del VIH y la orientación: la OMS y el ONUSIDA reiteran su oposición a las pruebas obligatorias del VIH*. Recuperado el 13 de Junio de 2014 de [http://www.who.int/hiv/events/2012/world\\_aids\\_day/hiv\\_testing\\_counselling/es/](http://www.who.int/hiv/events/2012/world_aids_day/hiv_testing_counselling/es/)
- Peltzer, K. y Matseke, G. (2013). Determinants of HIV testing among young people aged 18–24 years in South Africa. *African Health Sciences*, 13, 1012-1020.

- Plan Nacional sobre el SIDA (2013). *Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en España. Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH y registro nacional de casos de Sida*. Madrid: Secretaría del Plan Nacional sobre el sida/Centro Nacional de Epidemiología.
- Pons-Salvador, G., Díaz, M. T. M. y Guillén-Salazar, F. (2010). El efecto del optimismo no realista en la intención de uso del condón como método de prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual. *Anales de Psicología*, 26, 310-317.
- Rezaeian, S. y Esmailnasab, N. (2013). Social determinants of health associated with self-reported HIV testing among women. *Iranian Journal of Public Health*, 42, 436.
- Schulden, J. D., Painter, T. M., Song, B., Valverde, E., Borman, M. A., Monroe-Spencer, K., et al. (2013). HIV Testing histories and risk factors among migrants and recent immigrants who received rapid HIV testing from three community-based organizations. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 1, 1-13.
- SEISIDA - Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (2012). *El 90% de los españoles considera "poco probable" infectarse con el VIH*. Recuperado el 30 de Octubre de 2012 [http://www.seisida.net/index.php?option=com\\_content&view=frontpage&Itemid=1](http://www.seisida.net/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=1)
- Sikkema, K., Kelly, J., Winett, R., Solomon, L., Cargil, V., Roffman, R., et al. (2000). Outcomes of a randomized community-level HIV prevention intervention for women living in 18 low-income housing developments. *American Journal of Public Health*, 90, 57-63.
- Silva, A. P., Machado, P. R. F., Martins, E. R. C., Costa, C. M. A., Alves, R. N. y Ramos, R. C. A. (2014). Conhecimento e percepção de vulnerabilidades para o HIV/AIDS entre os acadêmicos de uma universidade privada. *Revista Enfermagem UERJ*, 21, 618-623.

Talib, H. J., Silver, E. J., Coupey, S. M. y Bauman, L. J. (2013). The influence of individual, partner, and relationship factors on HIV testing in adolescents. *AIDS Patient Care and STDs*, 27, 637-645.

Wagenaar, B. H., Sullivan, P. S. y Stephenson, R. (2012). HIV knowledge and associated factors among internet-using men who have sex with men (MSM) in South Africa and the United States. *Plos One*, 7, 1-8.

Zhang, T., Zhang, J., Gao, M., He, N. y Detels, R. (2012). Knowledge, attitudes and practices of voluntary HIV counselling and testing among rural migrants in central China: a cross-sectional study. *The European Journal of Public Health*, 22, 192-197.

Ziraba, A. K., Madise, N. J., Kimani, J. K., Oti, S., Mgomella, G., Matilu, M., et al. (2011). Determinants for HIV testing and counselling in Nairobi urban informal settlements. *BMC Public Health*, 11, 663-673.

## DISCUSIÓN



## Discusión

### Discusión

Esta tesis doctoral tiene implicaciones importantes debido a la escasez de estudios llevados a cabo en España sobre variables cognitivas (conocimiento sobre el ITS/VIH, preocupación por las ITS/VIH y el embarazo, autoeficacia para rechazar relaciones sexuales y resiliencia) y conductas sexuales de riesgo (vaginales y anales) en los que se compare a pacientes con VIH y la población general. A continuación se discute el conjunto de resultados que componen esta tesis doctoral.

#### *Revisión sistemática sobre resiliencia y resultados obtenidos sobre dicha variable en pacientes con VIH*

A partir de los resultados del primer estudio en el que se realizó una revisión bibliográfica de las publicaciones sobre resiliencia, se concluye que en relación al origen de la muestra, predominan los estudios con participantes estadounidenses. Asimismo, se identificaron 44 países distintos en los que se han realizado estudios sobre resiliencia en adultos. En cuanto al idioma de publicación, únicamente veintidós estudios estaban publicados en castellano, siendo la mayoría publicados en inglés (del total 390 artículos). Este hallazgo puede deberse a la universalización del inglés y la mayor repercusión de los artículos publicados en este idioma. Es posible también que este hallazgo tenga relación con el hecho de que los principales grupos de investigadores sobre resiliencia se encuentran en los Estados Unidos, Canadá y Reino Unido (Trombeta y Guzzo, 2002; Yunes, 2003; Yunes y Szymanski, 2001).

Respecto al diseño de los estudios, predominaron los trasversales, con escasas publicaciones de investigaciones experimentales, longitudinales y estudios de caso. Se propone a partir de esta revisión sistemática llevar a cabo investigaciones futuras del tipo experimental y de tipo cualitativo que complementen a los estudios cuantitativos.

Se identificaron cuatro categorías temáticas: trastornos psicopatológicos; enfermedades físicas; variables familiares y educativas; vulnerabilidad social y psicométricos. En la primera categoría temática (resiliencia y trastornos psicopatológicos), los resultados de los estudios al respecto muestran una asociación entre altos niveles de resiliencia y bajos niveles de trastornos psicopatológicos. Se encuentran resultados relevantes acerca de la resiliencia como un elemento que funciona en la protección y en el afrontamiento del estrés, la depresión, la ansiedad, los traumas, etc. En la segunda categoría (resiliencia y enfermedades físicas), las investigaciones suelen coincidir en que una mayor resiliencia se relaciona con un mejor afrontamiento de las adversidades en las enfermedades físicas.

En cuanto a la categoría temática relacionada con las variables familiares y educativas, se muestra por ejemplo, que los padres que puntuaron más alto en resiliencia estaban más implicados en el cuidado de los hijos, del mismo modo que los niveles altos de resiliencia y de apoyo social se asociaron con tener éxito en el proceso de educativo. Respecto a la categoría de vulnerabilidad social, los estudios coinciden en que la resiliencia implica un mayor apoyo social, autoestima y satisfacción laboral. Se echan en falta estudios en los que se compruebe la eficacia de programas de intervención en resiliencia en personas de contextos socialmente desfavorables de intervención para resiliencia entre personas en contextos socialmente desfavorables. En relación a los estudios psicométricos sobre resiliencia, predominan aquellos en los que se utilizó la *Connor-Davidson Resilience Scale - CD-RISC* (Connor y Davidson, 2003), la *Resilience Scale - RS* (Wagnild y Young, 1993) y la *10-CD-RISC* (Campbell-Sills y Stein, 2007). En general, los instrumentos adaptados y validados sobre resiliencia tienen buenas propiedades psicométricas. Algunos autores han formulado algunas críticas respecto a los instrumentos cuantitativos empleados para medir la resiliencia, debido a la naturaleza dinámica, contextual y multidimensional de este constructo psicológico (Masten y Obradović, 2006; Park et al., 2013; Reppold, Mayer, Almeida y Hutz, 2012; Rutter, 2006). Por su parte, Truffino (2010),

pone de manifiesto la ausencia de una clara definición de la resiliencia y las dificultades para identificar sus características.

En el segundo estudio de esta tesis doctoral se analiza la resiliencia y su asociación con las conductas sexuales de riesgo en pacientes con VIH. Se pone de manifiesto que casi la mitad de los seropositivos (49,05%) tenía una resiliencia media y el 27,68% tenía una alta resiliencia. Estos resultados concuerdan con los de otros estudios anteriores en los que se ha puesto de manifiesto que los seropositivos tenían una alta capacidad de adaptación y recuperación (resiliencia) a pesar de las adversidades (De Santis et al., 2013; Kurtz et al., 2012; Munro y Edward, 2008). No se encontraron diferencias significativas respecto al sexo, el grupo etario, el nivel de estudios, los ingresos económicos y la situación laboral actual. No obstante, según el estudio realizado por Dale et al. (2014), las mujeres con el VIH, con bajo nivel educativo, bajos ingresos y desempleadas mostraron altos niveles de resiliencia. Por su parte, Lima et al. (2014) mostraron que los infectados por VIH con bajo nivel económico, bajo nivel educativo y asintomáticos tenían bajos niveles en resiliencia. Las diferencias culturales y/o en los tamaños muestrales pueden ser posibles explicaciones de estas divergencias entre los estudios.

En cuanto a la orientación sexual, los pacientes heterosexuales tenían mayores puntuaciones en espiritualidad en comparación con los homosexuales. Hay que tener en cuenta que la espiritualidad es un recurso para la superación de desafíos del VIH (Hussen et al., 2014; Szaflarski, 2013), por lo que la espiritualidad podría desempeñar un papel importante en los seropositivos, especialmente en los heterosexuales.

Por otra parte, los pacientes cuyo diagnóstico se emitió entre los años 1985 y 1990 presentaban puntuaciones más altas en espiritualidad respecto a aquellos cuyo diagnóstico fue más reciente. El grupo de personas al que se le diagnosticó el VIH hace más años ha vivido

un período temporal en el que no existían los tratamientos antirretrovirales, lo cual, unido a que tienen una mayor edad, podría explicar su mayor espiritualidad, que podría suponer una fuente de apoyo y afrontamiento.

Se ha puesto de manifiesto una mayor competencia personal, altos estándares y tenacidad en los pacientes que habían revelado su seropositividad a 30 o más personas en comparación con los que lo habían hecho a un grupo inferior (1-5 personas). Probablemente, ese grupo posea una red más amplia de apoyo social, que ayudaría a un mejor afrontamiento de las adversidades del VIH/sida. Podría ser también que ese grupo haya asimilado mejor su situación de seropositivos y perciba menos estigma y discriminación, lo que les ha llevado a contarle su situación a un mayor número de personas, favoreciendo con ello la recepción de un mayor apoyo social. De acuerdo con este planteamiento, se ha concluido que el apoyo social favorecía una mayor resiliencia en pacientes con VIH (Carvalho et al., 2007). Además, la falta de apoyo social ha sido identificada como un factor que favorece la progresión de la enfermedad del VIH/sida (Schuster, Bornovalova y Hunt, 2012).

Por último, en este segundo estudio no se halló que la resiliencia fuera un factor predictor de las conductas sexuales de riesgo en los infectados por VIH. Esta ausencia de asociación podría ser debida a que un número escaso de pacientes contestó las cuestiones sobre conducta sexual. Otra explicación plausible podría ser que los pacientes no perciban sus conductas sexuales de riesgo como situaciones de adversidad para las infecciones y/o reinfecciones por ITS/VIH.

*Análisis comparativo entre pacientes con VIH y la población general en variables cognitivas (conocimiento sobre las ITS y el VIH, preocupación por las ITS/VIH y el embarazo, autoeficacia para rechazar relaciones sexuales y resiliencia) y de conducta sexual*

Los resultados obtenidos en el tercer estudio de esta tesis doctoral ponen de manifiesto mayores puntuaciones en casi todas las variables cognitivas evaluadas (preocupación por VIH/sida, por ITS, por el embarazo y conocimiento sobre las ITS/VIH) entre los infectados por VIH en comparación con la población general. Así, puede ser que estos pacientes estén más familiarizados y sensibilizados ante las ITS y el VIH/sida que los participantes de la población general, pues están padeciendo la infección por VIH. Además, deja abiertos frentes de investigación, teniendo en cuenta que sería de utilidad preventiva conocer cómo estas variables de índole cognitiva influyen en la emisión de conductas saludables o de riesgo.

Respecto a las conductas sexuales, en comparación con los no infectados (población general), los pacientes con VIH presentaban una menor edad de inicio en el sexo vaginal, un mayor número de parejas con las que mantuvieron sexo anal y, del total de participantes que tenían experiencia sexual anal, la mayoría eran seropositivos. Estas diferencias en los comportamientos sexuales entre los pacientes con VIH y la población general podrían explicar el predominio de la vía de infección homosexual en los pacientes con VIH. Igualmente, tener más parejas sexuales anales implica un mayor riesgo de transmisión del VIH a otras personas si no se emplea el preservativo (Pantalone, Huh, Nelson, Pearson y Simoni, 2014), por lo que es importante concienciar en la importancia de su uso, especialmente en los que están diagnosticados con VIH. En comparación con los pacientes con VIH, los no infectados por VIH (población general), se iniciaron en el sexo anal a una edad más temprana y, del total de participantes (pacientes con VIH y población general), la mayoría de los que tenía experiencia en el sexo vaginal eran participantes de la población general. Así, se muestran diferencias en las conductas sexuales entre los pacientes con VIH y la población general, que estarían en la línea de un mayor riesgo de infección por el VIH derivado del sexo anal sin protección (Baggaley, White y Boily, 2010). Por ello, las medidas

de prevención de las ITS/VIH deberían enfocarse sobre las consecuencias a corto y largo plazo de las relaciones sexuales anales desprotegidas para la salud sexual.

Si se atiende a los niveles (alto, medio y bajo) de las variables analizadas en este tercer estudio, los participantes de la población general que tenían una baja preocupación por el VIH/sida se iniciaron a una edad más temprana en las relaciones sexuales anales en comparación con los que tenían una preocupación media. No obstante, se halló que los que tenían un alto nivel de preocupación por el VIH/sida tenían más parejas sexuales anales que los que tenían una baja preocupación. Parece ser que tanto una alta como una baja preocupación por el VIH/sida se relacionarían con el riesgo de infección, pudiendo constituir barreras para adoptar conductas sexuales saludables. Por otra parte, los participantes de la población general que tenían un nivel medio de preocupación por las ITS, tenían un mayor número de parejas sexuales con las que habían mantenido sexo anal en comparación con los que tenían una baja preocupación. En este sentido, podría ser que el tener más parejas con las que se ha mantenido relaciones sexuales anales a lo largo de la vida contribuya a aumentar la preocupación por las ITS, dado que la exposición al riesgo sexual modula la preocupación (Ramiro, Bermúdez y Buena-Casal, 2014; Sales et al., 2009).

Respecto a los niveles de preocupación por el embarazo, los participantes de la población general que tenían un nivel bajo de preocupación tenían un mayor número de parejas con las que habían practicaban sexo anal en comparación con los que tenían una preocupación media. Así, se observa que de los pacientes con VIH, los que tenían una alta preocupación por el embarazo se iniciaron a una edad más temprana en el sexo vaginal y tenían más parejas sexuales con las que habían mantenido sexo vaginal en comparación con los que tenían una baja preocupación. La naturaleza transversal del estudio no permite establecer si la baja preocupación por el embarazo les lleva a tener más parejas sexuales

anales o si la relación es al revés, es decir, tienen más parejas en el sexo anal porque no están preocupados por un embarazo.

En relación a la resiliencia, los participantes de la población general que tenían un nivel medio de resiliencia, tenían un mayor número de parejas con las que habían mantenido sexo vaginal en comparación con los que tenían un nivel bajo en esta variable. Una explicación plausible podría ser que perciban riesgo de infección por ITS y/o VIH al tener más parejas sexuales y al ser ésta una situación amenazante para su salud física, se manifiesta una mayor resiliencia. Se destaca que para que la resiliencia tenga lugar es necesario que la persona experimente situaciones amenazantes para su salud física y/o psicológica (De Santis et al., 2013).

A pesar de la evidencia empírica mostrada acerca de la asociación de los niveles de algunas variables cognitivas y las conductas sexuales tanto en los pacientes con VIH como en la población general, cabe señalar que sería relevante realizar futuras investigaciones con una muestra representativa en España, diseñar y evaluar un programa de intervención con dichas variables para saber en qué medida favorecen las conductas sexuales saludables.

*Variables sociodemográficas asociadas con las variables cognitivas (conocimiento sobre las ITS y el VIH, preocupación por las ITS/VIH y el embarazo, autoeficacia para rechazar relaciones sexuales y resiliencia) en la población general*

En el cuarto estudio de la presente tesis doctoral se observó que ser mujer, ser de orientación homosexual, tener entre 17 y 29 años, ser soltero, tener estudios universitarios, haberse realizado la prueba del VIH y pensar hacérsela, así como haber tenido alguna ITS se relacionaron con una mayor preocupación por las ITS/VIH. Una posible explicación puede deberse al hecho de que estos perfiles sociodemográficos son más conscientes de sus

conductas sexuales y se perciban como un grupo de mayor riesgo a para infectarse por el VIH, lo que ha favorecido una mayor preocupación (Træen y Gravningen, 2011).

Por otra parte, las mujeres, los heterosexuales, quienes tienen entre 17 y 29 años y entre 30 y 42 años, quienes tienen pareja de hecho, estudios primarios y superiores y quienes piensan hacerse la prueba del VIH son los que tenían mostrado una mayor preocupación por el embarazo. Teniendo en cuenta este aspecto, estos resultados pueden deberse a que las mujeres son las que se pueden quedar embarazadas y, consecuentemente, tienen una mayor preocupación por el embarazo. Además, es razonable que al encontrarse en situación de pareja de hecho y tener esas edades (17-29 años y de 30-42) en las que se es más fértil, perciben una mayor preocupación ante el embarazo (Sales et al., 2013).

Respecto al conocimiento sobre las ITS/VIH, ser homosexual, tener de 30 a 42 años, ser soltero, tener estudios universitarios, unos ingresos económicos mensuales de 900 a más de 1200 euros y haberse realizado la prueba del VIH se asociaron con mayores puntuaciones en esta variable. Estos datos pueden deberse a estas hayan tenido un acceso más fácil a informaciones de tipo preventivo y, consecuentemente, tienen un mayor conocimiento sobre ITS/VIH. En la misma línea, otros autores (Fernández, 2012; Nwezeh, 2010) concluyeron que el mayor conocimiento sobre las vías de transmisión y prevención del ITS/VIH se relacionaba con los ingresos económicos, siendo el alto nivel de estudios un factor predictor de un mayor conocimiento sobre el VIH/sida (Berhan y Berhan, 2013; Fernández, 2012). Asimismo, otros hallazgos también muestran un alto conocimiento sobre el VIH/sida en homosexuales (Fernández-Dávila et al., 2012; Nwezeh, 2010).

La autoeficacia para rechazar sexo también se relacionó con algunas variables sociodemográficas. Así, las mujeres, los heterosexuales, los casados, los que tienen estudios universitarios y unos ingresos económicos mensuales de 900 y más de 1200 euros y quienes

se han realizado la prueba del VIH tenían una mayor autoeficacia. En esta línea, en estudios previos se ha concluido que las mujeres tenían mayor autoeficacia (Ballester et al., 2013; Rodríguez et al., 2011). Estos hallazgos sugieren que las intervenciones dirigidas especialmente a los perfiles sociodemográficos con menor autoeficacia, sería importante fomentar a habilidad para evitar relaciones sexuales de riesgo, de modo aumentar prácticas sexuales más seguras (por ejemplo, el uso del preservativo, las discusiones sobre la condición de VIH y la prueba del VIH) (Bauermeister, Hickok, Meadowbrooke, Veinot y Loveluck, 2014).

*Variables cognitivas como predictoras de las conductas sexuales en la población general*

La autoeficacia para rechazar relaciones sexuales fue un factor predictor de gran parte de las conductas, ha predicho gran parte de las conductas sexuales vaginales y anales. Así, una mayor autoeficacia predecía una mayor edad de inicio en las relaciones sexuales vaginales y anales. Por otro lado, cuanto menor era la autoeficacia para rechazar relaciones sexuales, mayor era el número de parejas con las que se practicaba sexo vaginal. Algunos autores, (Ballester et al., 2013; Seth et al., 2009) han mostrado que las personas con una mayor autoeficacia presentaban menos conductas sexuales de riesgo por VIH. Estos resultados son importantes en la medida en que exponen el poder predictivo de la autoeficacia, lo que parece indicar la necesidad de estudios longitudinales que permitieran observar su efecto en las conductas sexuales seguras en una misma cohorte.

Se ha puesto de manifiesto que un mayor conocimiento sobre las ITS/VIH predecía una mayor edad de inicio en el sexo vaginal y un mayor uso del preservativo en la primera relación sexual vaginal. Estos resultados están en la línea de la mayoría de estudios consultados en los que se concluye que el conocimiento sobre el ITS/VIH contribuía a la disminución de las conductas sexuales de riesgo (Bermúdez et al., 2012; Fernández, 2012;

Ramiro et al., 2013). A partir de estos hallazgos, y tal como se mostró en meta-análisis reciente se pone de manifiesto la importancia de la educación sexual para promover un mayor conocimiento relacionado con el VIH, de modo disminuir las conductas sexuales de riesgo entre los participantes, incluyendo el retraso del inicio sexual, aumentar el uso del condón, y la disminución del número de parejas sexuales (Fonner, Armstrong, Kennedy, O'Reilly y Sweat, 2014).

Por último, cuanto menor era la preocupación por el embarazo, mayor era la edad de la primera relación sexual anal y mayor era el número de parejas sexuales anales a lo largo de la vida. Este conjunto de resultados podría ser que el hecho de tener mayor número de parejas en el sexo anal disminuya la preocupación por el embarazo. Sin embargo, es preciso señalar que se conoce muy poco sobre la naturaleza preventiva de la preocupación en las conductas sexuales de riesgo en adultos, por lo que se sugieren futuras investigaciones al respecto.

### *Variables cognitivas y sociodemográficas relacionadas con hacerse o no la prueba para la detección del VIH en la población general*

En este último estudio de la presente tesis doctoral, se observó que la mayoría de los participantes de la población general (el 79,90%) no se había realizado la prueba del VIH. De la misma manera, en otros estudios previos se ha hecho patente la existencia de bajas tasas en la realización de la prueba del VIH (Arrivillaga et al., 2012; Cuesta et al., 2012; Gorostiza et al., 2013; Rezaeian y Esmailnasab, 2013). Con respecto a los motivos para no realizarse la prueba del VIH, la mayoría de los participantes estaba bastante segura de que no tenía el VIH. De las personas que están pensando en hacerse la prueba del VIH, la mayoría piensa en hacérsela de aquí a seis meses. Estos resultados pueden deberse a que estos participantes tienen el optimismo no realista que les llevaría a percibir que es poco probable que se infecten por el VIH (Pons-Salvador, Díaz y Guillén-Salazar, 2010). Desde esta perspectiva, cabe

destacar que el bajo riesgo percibido constituye una de las principales barreras para someterse a la prueba del VIH (Deblonde et al., 2010; Hoyos et al., 2013).

En el análisis de las variables sociodemográficas, no se hallaron asociaciones entre el estado civil, el nivel de estudios, los ingresos económicos y hacerse la prueba del VIH. Estos resultados podrían deberse al hecho de que los no infectados (población general) que no tengan percepción de riesgo y/o vulnerabilidad a la infección por el VIH. No obstante, en otros estudios previos se concluyó que una más alta posición económica (Das et al., 2013; Leta et al., 2012), un mayor nivel de estudios (Conserve et al., 2012; Das et al., 2013; Rezaeian y Esmailnasab, 2013) y ser divorciado, separado, y viudo (Ziraba et al., 2011) incrementaban las probabilidades de haberse hecho la prueba del VIH. Además, a partir de una revisión de estudios se puso de manifiesto que, con excepción de la edad, no existían diferencias respecto a hacerse la prueba del VIH considerando otras variables sociodemográficas (De Wit y Adam, 2008). De acuerdo con lo anterior, se halla que los que eran más jóvenes (17-29 años) tenían más probabilidades de no haberse hecho la prueba del VIH en comparación con los más mayores (43-55 años). Estos resultados concuerdan con hallazgos recientes en los que se indica una disminución en la realización de la prueba del VIH en jóvenes (CDC, 2013). Además, podrían ser indicativos de la existencia de una baja percepción del riesgo a la infección por el VIH en estos jóvenes. Respecto a la orientación sexual, se concluye que los heterosexuales tenían más probabilidad de no haberse hecho la prueba del VIH en comparación con los homosexuales. A su vez, Schulden, et al. (2013), afirmaron que ser homosexual se asociaba con una mayor probabilidad de hacerse la prueba del VIH, y se han observado bajas tasas de realización de la prueba del VIH entre los heterosexuales (Ma et al., 2013), por lo que se recomienda incrementar la percepción de riesgo de infección por el VIH en esta población. Teniendo en cuenta que en España la principal vía de transmisión es sexual, es necesario que tanto los heterosexuales como los

homosexuales se realicen de forma periódica la prueba del VIH con el objetivo de disminuir nuevas infecciones y de acceder lo antes posible a los tratamientos antirretrovirales (Plan Nacional sobre el SIDA, 2013).

Por otra parte, se halló que cuanto mayor era el conocimiento sobre las ITS/VIH y la preocupación por las ITS, mayor era la probabilidad de haberse realizado la prueba del VIH, lo cual concuerda con otros estudios anteriores mayor era la probabilidad de haberse realizado la prueba del VIH (Das et al., 2013; Peltzer y Matseke, 2013; Rezaeian y Esmailnasab, 2013; Silva et al., 2014). No obstante, en el presente estudio de esta tesis doctoral no se hallaron asociaciones significativas entre la preocupación por el VIH y hacerse la prueba. Una posible explicación de ello podría ser que en la actualidad y debido a los avances en los tratamientos antirretrovirales, la infección por el VIH sea considerada una enfermedad crónica (Deek, Lewin y Havlir, 2013), por lo que las personas no estarían preocupadas por el VIH.

A modo de síntesis general, se pueden plantear algunas cuestiones importantes derivadas de los hallazgos de los cinco estudios de esta tesis doctoral. Por un lado, se ha alcanzado mayor conocimiento sobre las variables cognitivas (conocimiento sobre las ITS y el VIH, preocupación por ITS/VIH y el embarazo, autoeficacia para rechazar las relaciones sexuales y resiliencia), teniendo en cuenta la escasez de publicaciones en las que se comparen pacientes con VIH y la población general. En el diseño de las estrategias de prevención en la salud sexual se debe tener en cuenta las diferencias en las variables cognitivas y las conductas sexuales en los pacientes con VIH y población general. Igualmente, sería de interés la elaboración y implementación de un programa de cambio de conducta para evaluar de que modo las variables cognitivas contribuyen en la prevención de las conductas sexuales de riesgo.

Los datos obtenidos sobre las conductas sexuales de ambos grupos investigados, por una parte apoyan la necesidad de promover la prueba de detección del VIH en la población general, especialmente en los que han tenido conductas sexuales de riesgo, lo cual les permitirá saber su condición de salud y mayor control sobre sus conductas sexuales. Es más, los servicios primarios de salud deben utilizar como estrategia preventiva un estudio de amplio espectro sobre las conductas sexuales de sus usuarios, como también la recomendación de la prueba de detección del VIH siempre a las personas que recibieron un diagnóstico de ITS y/o se cree que tienen una ITS, lo que podrá contribuir en el diagnóstico del VIH y el tratamiento precoz. Además, implementar los programas de educación en salud en los servicios sanitarios de modo a presentar las consecuencias negativas derivadas de los comportamientos de riesgo a corto y largo plazo (por ejemplo: tener una enfermedad crónica, la necesidad de un tratamiento continuo) y de los beneficios de las prácticas sexuales más seguras. Un aspecto importante a destacar, pese que ambos grupos (pacientes con VIH y población general) igualmente han emitido conductas sexuales de riesgo, se recomienda no estereotipar de forma negativa como grupos de riesgo, puesto que esto conllevaría un mayor prejuicio y discriminación, lo que no ayudaría a nivel preventivo.

A pesar de que los pacientes con VIH presentaron mayores puntuaciones en casi todas las variables de índole cognitiva analizadas en esta investigación, por otro lado han presentado prácticas de riesgo sexual (vaginal y anal), lo que se hace necesario la implantación de nuevos programas de prevención dirigidos a esta población, que ofrezcan una formación práctica de modo a concienciar a los pacientes sobre la importancia de conductas sexuales saludables, como la mayor consistencia del uso del preservativo y el empleo de las habilidades sociales para rechazar las relaciones sexuales de riesgo. Estas intervenciones deben incidir en la importancia de revelar su estado serológico actual a la pareja y la

necesidad de la adhesión a los tratamientos antirretrovirales, pues así podrán actuar en la prevención a las futuras infecciones y/o reinfecciones por VIH.

## CONCLUSIONES



## Conclusiones

- Entre los años de 2000 y 2011 en los estudios sobre resiliencia en personas adultas prevalecen las publicaciones con diseño transversal, publicadas en lengua inglesa, de tipo cuantitativo, con muestra estadounidense y relacionando la resiliencia con los trastornos psicológicos.
- La mayoría de los pacientes con VIH tenía una resiliencia media.
- Los pacientes infectados por el VIH heterosexuales, los diagnosticados entre 1985-1990 (23 y 28 años de diagnóstico) y los que habían revelado su condición de seropositivo a más de 30 personas tenían una mayor resiliencia que los pacientes homosexuales, los diagnosticados entre 1996 y 2000 (13 y 17 años de diagnóstico) y los que habían revelado su seropositividad a 1-5 personas.
- No se ha hallado que la resiliencia actúe como predictora de las conductas sexuales de los pacientes con VIH.
- Los pacientes con VIH tenían mayores puntuaciones preocupación por VIH/sida, por ITS, por el embarazo y conocimiento sobre las ITS/VIH en comparación con la población general.
- Los pacientes con VIH presentaban una menor edad de inicio en el sexo vaginal, un mayor número de parejas con las que mantuvieron sexo anal y, del total de participantes (infectados y no infectados) que tenían experiencia sexual anal, la mayoría eran pacientes con VIH.
- Los no infectados por VIH se iniciaron en el sexo anal a una edad más temprana y, del total de participantes (infectados y no infectados), la mayoría de los que tenía experiencia en el sexo vaginal eran participantes no infectados por VIH.

- Los participantes de la población general que tenían una baja preocupación por el VIH/sida se iniciaron a una edad más temprana en el sexo anal en comparación con los que tenían media preocupación.
- Entre los no infectados por el VIH, los que tenían un alto nivel de preocupación por el VIH/sida tenían más parejas sexuales anales que los que tenían baja preocupación.
- Entre los no infectados por el VIH que tenían un nivel medio de preocupación por las ITS tenía un mayor número de parejas sexuales anales en comparación con los que tenían una baja preocupación.
- Los participantes no infectados por el VIH que tenían un nivel bajo de preocupación por el embarazo tenían un mayor número de parejas con las que practicaban sexo anal en comparación con los que tenían un nivel medio de preocupación.
- Los no infectados por VIH que tenían un nivel medio de resiliencia, tenían un mayor número de parejas sexuales vaginales en comparación con los que tenían una resiliencia baja.
- Los seropositivos que tenían una alta preocupación por el embarazo, se iniciaron a una edad más temprana en el sexo vaginal y tenían más parejas sexuales en comparación con los que tenían una baja preocupación.
- Ser soltero, homosexual, haberse hecho la prueba del VIH, haber tenido una ITS, tener estudios universitarios e ingresos económicos mensuales de 900 a más de 1.200 euros tenían las puntuaciones más altas en el conocimiento sobre el ITS/VIH entre los no infectados por VIH.
- La autoeficacia para rechazar relaciones sexuales predijo gran parte de las conductas sexuales vaginales y anales (la edad de inicio del sexo vaginal y anal y el número de parejas con las que se ha mantenido sexo vaginal) entre los jóvenes y adultos no infectados por VIH.

- A mayor conocimiento sobre ITS/VIH, mayor edad de inicio del sexo vaginal y mayor uso del preservativo en la primera relación sexual vaginal entre los no infectados por VIH.
- La mayoría de los participantes de no infectados por VIH no se había realizado la prueba del VIH (el 79,90%) y estaba bastante segura de que no tenía el VIH (53%).
- Tener entre 17 y 29 años y ser heterosexual incrementaban las probabilidades de no hacerse la prueba del VIH entre los no infectados por VIH.
- A mayor conocimiento de las ITS/VIH y preocupación por las ITS y el VIH, a mayor probabilidad de hacerse la prueba del VIH.



## CONCLUSIONS



## Conclusiones

- In the studies on resilience among adults published between 2000 and 2011 there is a predominance of cross-sectional studies, published in the English language, quantitative in nature, using North American specimens and linking resilience to psychological disorders.
- The majority of HIV-positive patients had medium-level resilience.
- Heterosexual HIV-positive patients, patients diagnosed between 1985 and 1990 (HIV-positive for 23 and 28 years respectively) and patients who had revealed their seropositive status to more than 30 persons had higher resilience than homosexual patients, patients diagnosed between 1996 and 2000 (HIV-positive for 13 and 17 years respectively) and patients who had revealed their seropositive status to 1 - 5 persons.
- There were no findings that resilience predicted sexual behaviour amongst HIV-positive patients.
- HIV-positive patients had higher scores regarding worry about HIV/AIDS, STDs, pregnancy and awareness of STDs/HIV compared with the general population.
- HIV-positive patients had had their first vaginal sex at an earlier age, a higher number of partners with whom they had practised anal sex and, of the total number of study participants (HIV-positive and negative) who had practised anal sex, the majority were HIV-positive patients.
- HIV-negative individuals had had their first anal sex at an earlier age and, of the total number of study participants (HIV-positive and negative), the majority of those who had practised vaginal sex were HIV-negative.

- Study participants among the general population with a low level of worry about HIV/AIDS had their first experience of anal sex at an earlier age compared with participants with a medium level of worry.
- Amongst HIV-negative study participants, those with a high level of worry about HIV/AIDS had had more anal sex partners than those with a low level of worry.
- HIV-negative study participants with a medium level of worry about STDs had had a higher number of anal sex partners compared with those with a low level of worry.
- HIV-negative study participants with a low level of worry about pregnancy had had a higher number of anal sex partners compared with those with a medium level of worry.
- HIV-negative study participants with a medium level of resilience had had a higher number of vaginal sex partners compared with those with a low level of resilience.
- Seropositive study participants with a high level of worry about pregnancy had first had vaginal sex at an earlier age and had had more sexual partners compared with those with a low level of worry.
- Study participants who were single, homosexual, had had an HIV test, had had an STD, had university-level education and with monthly income ranging from 900 to over 1200 euros per month had higher scores for awareness of STDs/HIV amongst the HIV-negative study participants.
- Amongst HIV-negative young people and adults, self-efficacy in refraining from sexual relations predicted vaginal and anal sexual behaviour to a large degree (age at which vaginal and anal sex first practised and number of vaginal sex partners).

- Amongst HIV-negative study participants, the greater their awareness of STDs/HIV, the later their first vaginal sex experience and the greater their use of condoms in their first vaginal sex act.
- The majority of HIV-negative study participants had not had an HIV test (79.9%) and were fairly sure that they did not have HIV (53%).
- Amongst HIV-negative study participants, being between 17 and 29 years old and being heterosexual increased the probability of not having an HIV test.
- The greater the awareness of STDs/HIV and the greater the worry about STDs and HIV, the higher the probability of having an HIV test.



**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



**Referencias Bibliográficas**

- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: a theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84, 888.
- Arnal, R. B., Llarío, M. D. G., García, C. G. y Palomino, E. R. (2009). Actitudes y conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/SIDA en jóvenes españoles. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 181-191.
- Arrivillaga, M., Hoyos, P. A., Tovar, L. M., Varela, M. T., Correa, D. y Zapata, H. (2012). HIV testing and counselling in Colombia: evidence from a national health survey and recommendations for health-care services. *International Journal of STD & AIDS*, 23, 815-821.
- Baggaley, R. F., White, R. G. y Boily, M. C. (2010). HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. *International Journal of Epidemiology*, 39, 1048-1063.
- Balán, I. C., Carballo-Diéguez, A., Ventuneac, A., Remien, R. H., Dolezal, C. y Ford, J. (2013). Are HIV-negative men who have sex with men and who bareback concerned about HIV infection? implications for HIV risk reduction interventions. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 279-289.
- Ballester, R., Gil-Llarío, M. D., Ruiz-Palomino, E. y Giménez-García, C. (2013). Autoeficacia en la prevención sexual del Sida: la influencia del género. *Anales de Psicología*, 29, 76-82.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175.

- Berhan, Y. y Berhan, A. (2013). Meta-analysis on risky sexual behaviour of men: consistent findings from different parts of the world. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 25, 151-159.
- Bermúdez, M. P., Teva, I., Ramiro, M. T., Uribe-Rodríguez, A. F., Sierra, J. C. y Buela-Casal, G. (2012). Knowledge, misconceptions, self-efficacy and attitudes regarding HIV: cross-cultural assessment and analysis in adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 235-249.
- 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.
- Campbell, C. y Cornish, F. (2010). Towards a “fourth generation” of approaches to HIV/AIDS management: creating contexts for effective community mobilisation. *Aids Care*, 22, 1569-1579.
- Campbell-Sills, L. y Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC): validation of a 10-Item measure of Resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 1019-1028.
- Carvalho, F. T., Morais, N. A., Koller, S. H. y Piccinini, C. A. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 2023-2033.
- Centers for Disease Control and Prevention - CDC (2013). *HIV testing trends in the United States, 2000-2011*. Recuperado el 16 de Junio de 2014 de [http://www.cdc.gov/vih/tendencias pdf/testing.pdf](http://www.cdc.gov/vih/tendencias/pdf/testing.pdf)

- Connor, K. M. y Davidson, J. R.T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*, 76-82.
- Conserve, D., Sevilla, L., Mbwambo, J. y King, G. (2012). Determinants of previous HIV testing and knowledge of partner's HIV status among men attending a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *American Journal of Men's Health, 20*, 1-11.
- Corey, L., Wald, A., Celum, C. y Quinn, T. (2004). The effects of herpes simplex virus-2 on HIV-1 acquisition and transmission: a review of two overlapping epidemics. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, 35*, 435-445.
- Crosby, R. A., Diclemente, R. J., Wingood, G. M., Sionen, C., Cobb, B. K. y Harrington, K. (2000). Correlates of unprotected vaginal sex among African American female adolescents: importance of relationship dynamics. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 154*, 893-899.
- Cuesta, M. D. M., López, M. D. C., Nieto, P., Junquera, M. L., Varela, J. A. y Vázquez, F. (2012). Implantación de una prueba rápida de VIH en Asturias (España). *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 30*, 189-191.
- Dair, R., Alonso, J., Cruz, M., Barbé, A. y García, M. (2014). Infecciones de transmisión sexual: intervención educativa en adolescentes de una escuela de enseñanza técnica profesional. *Medwave, 14*, 589-591.
- Dale, S. K., Cohen, M. H., Kelso, G. A., Cruise, R. C., Weber, K. M., Watson, C., et al. (2014). Resilience among women with HIV: impact of silencing the self and socioeconomic factors. *Sex Roles, 70*, 221-231.

- Dartell, M., Rasch, V., Munk, C., Kahesa, C., Mwaiselage, J., Iftner, T., et al. (2013). Risk factors for high-risk human papillomavirus detection among HIV-negative and HIV-positive women from Tanzania. *Sexually Transmitted Diseases, 40*, 737-743.
- Das, A., Babu, G. R., Ghosh, P., Mahapatra, T., Malmgren, R. y Detels, R. (2013). Epidemiologic correlates of willingness to be tested for HIV and prior testing among married men in India. *International Journal of STD & AIDS, 24*, 957-968.
- Deblonde, J., De Koker, P., Hamers, F. F., Fontaine, J., Luchters, S. y Temmerman, M. (2010). Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. *European Journal of Public Health, 20*, 422-432.
- Deeks, S. G., Lewin, S. R. y Havlir, D. V. (2013). The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *The Lancet, 382*, 1525-1533.
- De Santis, J. P., Florom-Smith, A., Vermeesch, A., Barroso, S. y DeLeon, D. (2013). Motivation, management, and mastery: a theory of resilience in the context of HIV infection. *Journal American Psychiatry Nurses Association, 19*, 36-46.
- De Wit, J. B. y Adam, P. C. G. (2008). To test or not to test: psychosocial barriers to HIV testing in high - income countries. *HIV Medicine, 9*, 20-22.
- Faber, E. W., Shwartz, J. A. J., Schaper, P. E., Moonen, D. J., y Mcdaniel, J. S. (2000). Resilience factors associated with adaptation to HIV disease. *Psychosomatics, 41*, 140-146.
- Fernández, M. A. (2012). Relación entre el conocimiento de los mecanismos de transmisión del VIH y la percepción de riesgo de infección en Guayaquil, Ecuador. *Revista Chilena de Salud Pública, 16*, 107-114.

- Fernández-Dávila, P., Lupiáñez-Villanueva, F. y Lorca, K. Z. (2012). Actitudes hacia los programas de prevención *on-line* del VIH y las ITS, y perfil de los usuarios de internet en los hombres que tienen sexo con hombres. *Gaceta Sanitaria*, 26, 123-130.
- Galbraith, J. S., Romine, R. E. S., Zhang, Q. y Herbst, J. H. (2013). Differences between HIV-positive and HIV-negative African American men who have sex with men in two major US metropolitan areas. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 267-278.
- Gorostiza, I., Landache, I. E. L. y Izagirre, L. B. (2013). HIV/AIDS screening program in community pharmacies in the Basque Country (Spain). *Gaceta Sanitaria*, 27, 164-166.
- Hong, S. Y., Thompson, D., Wanke, C., Omosa, G., Jordan, M. R., Tang, A. M., et al. (2012). Knowledge of HIV transmission and associated factors among HIV-Positive and HIV-Negative patients in rural Kenya. *Journal of AIDS & Clinical Research*, 3, 1-12.
- Hoyos, J., Fernández-Balbuena, S., De la Fuente, L., Sordo, L., Ruiz, M., Barrio, G., et al. (2013). Never tested for HIV in Latin-American migrants and Spaniards: prevalence and perceived barriers. *Journal of the International AIDS Society*, 16, 1856-1860.
- Hussen, S. A., Tsegaye, M., Argaw, M. G., Andes, K., Gilliard, D. y Del Rio, C. (2014). Spirituality, social capital and service: factors promoting resilience among expert patients living with HIV in Ethiopia. *Global Public Health*, 9, 286-298.
- Kaufman, M. R., Cornish, F., Zimmerman, R. S. y Johnson, B. T. (2014). Health behavior change models for HIV prevention and AIDS care: practical recommendations for a multi-level approach. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 66, S250-S258.

- Kurtz, S. P., Buttram, M. E., Surratt, H. L. y Stall, R. D. (2012). Resilience, syndemic factors, and serosorting behaviors among HIV-positive and HIV-negative substance-using MSM. *AIDS Education and Prevention*, 24, 193-205.
- Leta, T. H., Sandøy, I. F. y Fylkesnes, K. (2012). Factors affecting voluntary HIV counselling and testing among men in Ethiopia: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 12, 438.
- Liebenberg, L. y Ungar, M. (2009). Introduction: the challenges of researching resilience. En L. Liebenberg, y M. Ungar (Eds.), *Researching resilience* (pp. 2-25). Toronto: University of Toronto Press.
- Lima, F. L. A., Azevedo, R. L. W., Amorim, I. T. y Saldanha, A. A. W. (2014). *Resiliência em pessoas com HIV/AIDS: depressão e ansiedade como fatores de risco*. Recuperado el 16 de Junio de 2014 de <http://www.editorarealize.com.br/revistas/conacis/resumo.php?idtrabalho=843>
- Lyons, A., Pitts, M., Grierson, J., Smith, A., McNally, S. y Couch, M. (2012). Age at first anal sex and HIV/STI vulnerability among gay men in Australia. *Sexually Transmitted Infections*, 88, 252-257.
- Ma, Q., Pan, X., Cai, G., Yan, J., Ono-Kihara, M. y Kihara, M. (2013). HIV antibody testing and its correlates among heterosexual attendees of sexually transmitted disease clinics in China. *BMC Public Health*, 13, 44.
- Masten, A. S. y Cicchetti, D. (2012). Risk and resilience in developmental psychopathology: the legacy of Norman Garmezy. *Development and Psychopathology*, 24, 333-334.
- Masten, A. S. y Obradović, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 13-27.

- Masten, A. S. y Tellegen, A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: contributions of the project competence longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 24, 345-361.
- Meena, L. P., Pandey, S. K., Rai, M., Bharti, A. y Sunder, S. (2013). Knowledge, attitude, and practices (KAP) study on HIV/AIDS among HIV patients, care givers and general population in north-eastern part of India. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 2, 36-42.
- Montijo, S. R., López, J. A. P., Arroyo, B. F., Cervantes, M. R., Villegas, R. B. y Rodríguez, D. M. (2006). Predictores de conductas relacionadas con el uso inconsistente de condón en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 16, 71-78.
- Mosteyrín, S. F., Acebrón, M. V., Mosteyrín, T. F. y Guerrero, M. L. F. (2014). Prácticas y percepción del riesgo en hombres con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana que tienen sexo con otros hombres. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 32, 219-224.
- Munro, I. y Edward, K. (2008). The lived experience of gay men caring for others with HIV/AIDS: resilient coping skills. *International Journal of Nursing Practice*, 14, 122-128.
- Musiimenta, A. (2012). Information technology-mediated issues in sexual health and HIV/AIDS education. *The Electronic Journal of Information Systems in Developing Countries*, 53, 1-12.
- Nwezeh, C. M. T. (2010). Students knowledge and information needs on HIV/AIDS in Nigeria. *Journal of Hospital Librarianship*, 10, 152-164.
- ONUSIDA (2014). *Gap Report*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS): Geneva.

- Organización Mundial de la Salud (2012). *Documento normativo sobre las pruebas del VIH y la orientación: la OMS y el ONUSIDA reiteran su oposición a las pruebas obligatorias del VIH*. Recuperado el 13 de Junio de 2014 de [http://www.who.int/hiv/events/2012/world\\_aids\\_day/hiv\\_testing\\_counselling/es/](http://www.who.int/hiv/events/2012/world_aids_day/hiv_testing_counselling/es/)
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal*. OMS: Ginebra.
- Orton, L., Griffiths, J., Green, M. y Waterman, H. (2012). Resilience among asylum seekers living with HIV. *BMC Public Health*, 12, 926-936.
- Park, N., Peterson, C. y Sun, J. K. (2013). La psicología positiva: investigación y aplicaciones. *Terapia Psicológica*, 31, 11-19.
- Peltzer, K. y Matseke, G. (2013). Determinants of HIV testing among young people aged 18-24 years in South Africa. *African Health Sciences*, 13, 1012-1020.
- Plan Nacional sobre el SIDA (2013). *Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2011 (2013)*. Centro Nacional de Epidemiología/Subdirección General de Promoción de la salud y Epidemiología - Plan Nacional sobre el Sida: Madrid.
- Pons-Salvador, G., Díaz, M. T. M. y Guillén-Salazar, F. (2010). El efecto del optimismo no realista en la intención de uso del condón como método de prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual. *Anales de Psicología*, 26, 310-317.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. y Norcross, J. C. (1992). In search for how people change. *American Psychologist*, 47, 1102-1114

- Ramiro, M. T., Bermúdez, M. P. y Buela-Casal, G. (2014). *Evaluación de la autoeficacia para el uso del preservativo, el conocimiento y la preocupación por ITS/VIH en adolescentes españoles y su relación con la conducta sexual de riesgo, en función del género*. Manuscrito presentado para su publicación.
- Ramiro, M. T., Teva, I., Bermúdez, M. P. y Buela-Casal, G. (2013). Social support, self-esteem and depression: relationship with risk for sexually transmitted infections/HIV transmission. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 181-188.
- Reppold, C. T., Mayer, J. C., Almeida, L. S. y Hutz, C. S. (2012). Avaliação da resiliência: controvérsia em torno do uso das escalas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25, 248-255.
- Rezaeian, S. y Esmailnasab, N. (2013). Social determinants of health associated with self-reported HIV testing among women. *Iranian Journal of Public Health*, 42, 436.
- Rodríguez, N. V., Lagunas, L. M. F., Acosta, R. C., Miner, S., Campos, L. L. y Peragallo, N. (2011). Conocimientos y autoeficacia asociados a la prevención del VIH y SIDA en mujeres chilenas. *Investigación y Educación en Enfermería*, 29, 222-229.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 94-127.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12.
- Sales, J. M., Milhausen, R. R., Spitalnick, J. y DiClemente, R. J. (2013). Worry sexual about outcomes scale. En T. D. Fisher, C. M. Davis, W. L. Yarber y S. L. Davis, (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 30-31). New York: Routledge.

- Sales, J. M., Spitalnick, J., Milhausen, R. R., Wingood, G. M., DiClemente, R. J., Salazar, L. F., et al. (2009). Validation of the worry about sexual outcomes scale for use in STI/HIV prevention interventions for adolescent females. *Health Education Research*, 24, 140-152.
- Seeley, J., Watts, C. H., Kippax, S., Russell, S., Heise, L. y Whiteside, A. (2012). Addressing the structural drivers of HIV: a luxury or necessity for programmes? *Journal of the International AIDS Society*, 15, 1-4.
- SEISIDA - Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (2012). *El 90% de los españoles considera "poco probable" infectarse con el VIH*. Recuperado el 30 de Octubre de 2012 [http://www.seisida.net/index.php?option=com\\_content&view=frontpage&Itemid=1](http://www.seisida.net/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=1)
- Seth, P., Raiji, P. T., DiClemente, R. J. y Rose, E. (2009). Psychological distress as a correlate of a biologically confirmed STI, risky sexual practices, self-efficacy and communication with male sex partners in African-American female adolescents. *Psychology, Health & Medicine*, 14, 291-300.
- Schulden, J. D., Painter, T. M., Song, B., Valverde, E., Borman, M. A., Monroe-Spencer, K., et al. (2013). HIV Testing histories and risk factors among migrants and recent immigrants who received rapid HIV testing from three community-based organizations. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 1, 1-13.
- Schuster, R., Bornovalova, M. y Hunt, E. (2012). The influence of depression on the progression of HIV direct and indirect effects. *Behavior Modification*, 36, 123-145.
- Sikkema, K., Kelly, J., Winett, R., Solomon, L., Cargil, V., Roffman, R., et al. (2000). Outcomes of a randomized community-level HIV prevention intervention for women living in 18 low-income housing developments. *American Journal of Public Health*, 90, 57-63.

- Silva, A. P., Machado, P. R. F., Martins, E. R. C., Costa, C. M. A., Alves, R. N. y Ramos, R. C. A. (2014). Conhecimento e percepção de vulnerabilidades para o HIV/AIDS entre os acadêmicos de uma universidade privada. *Revista Enfermagem UERJ*, 21, 618-623.
- Szaflarski, M. (2013). Spirituality and religion among HIV-infected individuals. *Current HIV/AIDS Reports*, 10, 324-332.
- Talib, H. J., Silver, E. J., Coupey, S. M. y Bauman, L. J. (2013). The influence of individual, partner, and relationship factors on HIV testing in adolescents. *AIDS Patient Care and STDs*, 27, 637-645.
- Teva, I., Bermúdez, M. P., Ramiro, M. T. y Ramiro-Sanchez, T. (2013). Analysis of sexual behavior in adolescents. *Current HIV Research*, 11, 512-519.
- Træen, B. y Gravningen, K. (2011). The use of protection for sexually transmitted infections (STIs) and unwanted pregnancy among Norwegian heterosexual young adults 2009. *Sexuality & Culture*, 15, 195-212.
- Trombeta, L. H. y Guzzo, R. S. L. (2002). *Enfrentando o cotidiano adverso: estudo sobre resiliência em adolescentes*. São Paulo: Alínea.
- Truffino, J. C. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3, 145-151.
- Viseskul, N., Fongkaew, W., Settheekul, S. y Grimes, R. M. (2013). Factors related to sexual self-efficacy among Thai youth living with HIV/AIDS. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)*, 24, 1-10.

- Voisin, D. R., Hotton, A. L., Tan, K. y DiClemente, R. (2013). A longitudinal examination of risk and protective factors associated with drug use and unsafe sex among young African American females. *Children and Youth Services Review*, 35, 1440-1446.
- Voisin, D. R., Tan, K. y DiClemente, R. (2013). A longitudinal examination of the relationship between sexual sensation seeking and STI-related risk factors among African American females. *AIDS Education and Prevention*, 25, 124-134.
- Wagnild, G. M. y Young, M. H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84.
- Yunnes, M. A. M. y Szymanski, H. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. En: Yunnes, M. A. M. y Tavares, J. (edts). *Resiliência e educação* (pp. 13-42). São Paulo: Cortez.
- Zhang, T., Zhang, J., Gao, M., He, N. y Detels, R. (2012). Knowledge, attitudes and practices of voluntary HIV counselling and testing among rural migrants in central China: a cross-sectional study. *The European Journal of Public Health*, 22, 192-197.
- Ziraba, A. K., Madise, N. J., Kimani, J. K., Oti, S., Mgomella, G., Matilu, M., et al. (2011). Determinants for HIV testing and counselling in Nairobi urban informal settlements. *BMC Public Health*, 11, 663-673.