

Construcción de la Breve Escala sobre la Estigmatización hacia el VIH en la población general de Buenos Aires

Construction of the Brief Scale on HIV Stigmatization in the General Population of Buenos Aires

Lucas Cuenya *^{1, 2}, Nancy Lugo², María Florencia Contigiani¹, Jorge Mario Sánchez-López¹, Leila Castro¹, Pablo Radusky^{3, 4}, Sebastián Gabini^{1, 2}

Introducción
Metodología
Resultados
Discusión
Conclusión
Referencias

1 - Grupo de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva (GISSER), Centro de Altos Estudios en Ciencias Sociales (CAECS), Universidad Abierta Interamericana, Facultad de Psicología y Relaciones Humanas, Argentina.

2 - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina.

3 - Dirección de Investigaciones, Fundación Huésped, Buenos Aires, Argentina.

4 - Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Recibido: 03/10/2022 Revisado: 18/10/2022 Aceptado: 20/10/2022

Resumen

La estigmatización ha acompañado la pandemia del VIH desde sus orígenes, lo cual ha tenido consecuencias negativas en la salud de las personas con VIH y ha desalentado el testeo regular en la población general. Cualquier diseño, monitoreo y readecuación de políticas dirigidas a reducir la estigmatización hacia el VIH requiere contar con instrumentos rigurosos para su medición. El objetivo del trabajo fue construir y validar una Breve Escala sobre Estigmatización hacia el VIH (BESE-VIH) en una muestra representativa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), respetando sus particularidades lingüísticas. Se encuestó en la vía pública a 400 participantes de entre 18 y 60 años en un diseño muestral por cuotas y se logró la representatividad de género, edad, nivel educativo y nivel socioeconómico. La BESE-VIH quedó compuesta por nueve reactivos y mostró muy buenos niveles de confiabilidad y evidencias de validez interna y externa adecuadas, por lo que la escala resulta un instrumento prometedor.

Palabras clave: VIH, estigma, escala, CABA, análisis factorial

Abstract

Stigmatization has accompanied the HIV pandemic since its origins, having negative consequences on the health of people with HIV and discouraging regular testing in the general population. Any design, monitoring, and readjustment of policies aimed at reducing stigmatization towards HIV require having rigorous instruments for its measurement. The objective of this study was to build and validate a Brief Scale on HIV Stigmatization (BESE-HIV) in a representative sample of the Autonomous City of Buenos Aires (CABA), taking into account its linguistic particularities. Four hundred (n = 400) participants between 18 and 60 years old were surveyed on public roads in a quota design to achieve representativeness of gender, age, level of education, and socioeconomic level. The BESE-HIV was made up of nine items and showed very good levels of reliability and evidence of adequate internal and external validity, which indicates it is a promising instrument.

Keywords: HIV, stigma, scale, CABA, factorial analysis

*Correspondencia a: Dr. Lucas Cuenya. Universidad Abierta Interamericana, Av. Montes de Oca 745, CP 1287, AAH, Buenos Aires, Argentina. Tel: (+54) - 11-66422299. E-mail: lucascuenya@gmail.com

Cómo citar este artículo: Cuenya, L., Lugo, N., Contigiani, M. F., Sánchez-López, J. M., Castro, L., Radusky, P., & Gabini, S. (2022). Construcción de la Breve Escala sobre la Estigmatización del VIH en la población general de Buenos Aires. *Revista Evaluar*, 22(3), 66-86. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar>

Participaron en la edición de este artículo: Débora Camponetti, Vanesa Toledo, Rita Hoyos, Stefano Macri, Juan Cruz Balverdi, Mónica Serppe, Alicia Molinari, Ricardo Hernández

Introducción

Desde hace más de 40 años la humanidad convive con lo que en 1986 adoptaría el nombre de *virus de inmunodeficiencia humana* (VIH). Sin cura ni vacuna a la fecha, se estima que existen 37.9 millones (32.7 - 44 millones) de personas con VIH, y que más de 34 millones de personas han muerto a causa del sida (UNAIDS, 2019). Según datos del Ministerio de Salud (2020), se estima que en Argentina existen 136 mil personas viviendo con VIH (PVV), de las cuales un 17% desconoce su diagnóstico. El conteo de nuevos diagnósticos anuales se mantiene en aproximadamente 4800 y la transmisión por relaciones sexuales sin protección es la vía más frecuente (98% de los casos). La aparición del TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad) en 1996 ha permitido controlar la infección y convertirla en una condición crónica (Green, 2007), lo que mantiene la carga viral indetectable y reduce abruptamente la mortalidad al evitar el progreso a la fase sida (Delgado, 2011). Además, las personas con carga viral indetectable tienen una probabilidad nula de transmisión por vía sexual (Grinsztejn et al., 2014; Rodger et al., 2016; Rodger et al., 2019). Estos hallazgos permitieron acuñar los conceptos de *Indetectable = Intransmisible* (I=I), que constituyen uno de los mejores puentes entre las ciencias biomédicas y conductuales ya que eliminan los sentimientos de miedo y culpa que una persona con VIH podía sentir ante la posibilidad de causar daño a otros, como así también los sentimientos de estigmatización externo y autoimpuesto (Eisinger, Dieffenbach, & Fauci, 2019).

Erving Goffman (1963) ofreció una de las primeras conceptualizaciones del estigma y lo definió como “un atributo que es profundamente desacreditador” (p. 13) y que reduce al individuo de una persona total y corriente a una persona

“contaminada” y devaluada, lo que deteriora su identidad. El modelo de Earnshaw y Chaudoir (2009) propone que el estigma hacia el VIH se manifiesta en tres formas predominantes: *prejuicio* (emociones y sentimientos negativos como repulsión, ira y temor que el no infectado siente hacia las PVV), *estereotipos* (creencias sobre las PVV) y *discriminación* (manifestaciones conductuales de prejuicio contra las PVV). Según Ogden y Nyblade (2005), los pilares sobre los que se sostienen estos mecanismos son dos. El primero, uno informativo-cognitivo, fundamentalmente vinculado a la falta de conocimiento preciso sobre las vías de transmisión y la creencia en la transmisión casual en situaciones que no implican intercambio de fluidos corporales (e.g., compartir toallas, comer juntos, compartir baño). El segundo pilar, valorativo y afectivo, asocia tener VIH a conductas moralmente reprobadas en un contexto cultural y a grupos previamente estigmatizados (e.g., promiscuidad o trabajo sexual). En efecto, uno de los motivos por los que, desde sus comienzos, la infección por VIH fue fácilmente estigmatizable residió en que fuera un atributo potencialmente peligroso, percibido como una amenaza para la salud y asociado culturalmente con el deterioro y la mortalidad (Jones et al., 1984; Kurzban & Leary, 2001). También contribuyó en este sentido que el VIH afectara con mayor prevalencia a grupos previamente estigmatizados: hombres homosexuales, mujeres trans, usuarios de drogas inyectables, trabajadores/as sexuales (Bildler, 2010), y personas en su mayoría de estratos socioeconómicos bajos (Pecheny, 2008).

Estudios locales muestran que, a cuatro décadas de iniciada la epidemia, el estigma relacionado con el VIH aún persiste en nuestro país. Por ejemplo, si bien se halló un predominio de las formas internalizadas y anticipatorias del estigma en personas con VIH, estas implican la experimentación previa de episodios externos y objetivos de

estigma o la percepción de estigma en el entorno (Fundación Huésped, 2012; Radusky, Zalazar, Aristegui, Sued, & Mikulic, 2018). En otro trabajo, el 17% de PVV consignó haber perdido una fuente de empleo por su estado serológico (*Índice de Estigma y Discriminación hacia las Personas con VIH en Argentina 2.0*, 2020). Por otra parte, un estudio de nuestro equipo en una muestra representativa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) muestra que solo un 26.4% de los participantes consignó haber leído o escuchado sobre I=I, y tan solo el 2% pudo dar cuenta cabal de sus implicancias (Contigiani et al., 2022). Un bajo conocimiento sobre estos avances o sobre las vías de transmisión puede implicar una percepción incrementada y distorsionada de la peligrosidad del VIH, que resulta en una intensificación del miedo y del rechazo hacia las PVV (Ogden & Nyblade, 2005).

La relevancia de medir y estudiar el estigma hacia el VIH reside en que este repercute negativamente en la salud mental de las personas que viven con VIH, como lo evidencia su asociación con indicadores como depresión, riesgo de suicidio o abuso de sustancias psicoactivas (Logie & Gadalla, 2009; Mandell et al., 2019) o escaso bienestar psicológico (Earnshaw, Smith, Chaudoir, Amico, & Copenhagen, 2013). La estigmatización también contribuye a una menor adherencia al tratamiento y retención en la atención del VIH, lo que deriva en un progreso más acelerado de la infección y empeora la salud física (Earnshaw et al., 2013; Sweeney & Venable, 2016). Por otra parte, los mayores niveles de estigmatización hacia el VIH también pueden impactar negativamente en la población general, dado que se asocia a una menor frecuencia de testeo (Kalichman et al., 2005). En consecuencia, se incrementa la probabilidad de diagnósticos tardíos en estadios avanzados de la infección. En este sentido, las consecuencias del estigma también afectan la sa-

lud pública.

A pesar de la importancia de su estudio, no existen instrumentos estandarizados en Argentina con validez y confiabilidad para la medición de la estigmatización hacia el VIH en la población general. El desarrollo de instrumentos para su medición resulta de vital importancia para cumplir con las previsiones de la nueva Ley Nacional de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, Otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Tuberculosis (TBC). La misma establece en el artículo 23 la creación del Observatorio Nacional sobre Estigma y Discriminación por VIH, Hepatitis Virales, Otras ITS y Tuberculosis con el fin de visibilizar, documentar, disuadir y erradicar las vulneraciones a los derechos humanos de las personas afectadas. En este marco, resultará imprescindible contar con herramientas locales válidas de medición para monitorear la estigmatización en la población general. Esto permitirá un diagnóstico comunitario del estado de situación y proveerá indicadores objetivos de la evolución del fenómeno con el fin de diseñar intervenciones públicas para la erradicación del estigma hacia el VIH. Por esto, el objetivo del presente trabajo se centra en la construcción y validación métrica de un instrumento breve para la medición de los niveles de estigmatización hacia el VIH en la población general. Para que el instrumento permita realizar inferencias válidas a escala poblacional, un aspecto crucial del estudio consistió en realizar un diseño muestral de participantes de la CABA que asegure la representatividad de la muestra en aspectos sociodemográficos que pudieran incidir en el nivel de estigmatización relativa al VIH: género, edad, nivel de instrucción formal y estrato socioeconómico (si bien en la encuesta se indagó el género, el diseño muestral fue realizado conforme a la variable sexo, puesto que no se obtuvieron datos censales relativos al género).

Método

Diseño

El presente trabajo es una investigación con un corte temporal transversal y carácter instrumental, dado que tiene por objetivo principal la construcción, validación y análisis psicométrico de un instrumento de medición (Ato, López & Benavente, 2013).

Revisión de la literatura y operacionalización del constructo

Se optó por la definición operacional brindada por el modelo de Earnshaw y Chaudoir (2009) sobre las formas en que se manifiesta la estigmatización hacia el VIH: *prejuicio* (emociones y sentimientos negativos como repulsión, ira y temor hacia las PVV), *estereotipos* (creencias sobre las PVV) y *discriminación* (manifestaciones conductuales de prejuicio contra las PVV). Se redactaron 30 ítems iniciales. Para la formulación de los reactivos se tomaron en cuenta los enunciados de instrumentos ya existentes y con propiedades psicométricas adecuadas sobre la estigmatización hacia el VIH para la población no infectada (*AIDS-Related Stigma Scale* de Kalichman et al., 2005; *Expressed HIV/AIDS-Related Stigma* de Hamra, Ross, Orrs, & D'Agostino, 2006; *HIV/AIDS-Related Stigma* de Genberg et al., 2008; *HIV/AIDS Stigma Scale* de Zelaya et al., 2008). La redacción de los ítems iniciales se realizó de modo tal que fueran congruentes en su contenido con el marco teórico adoptado y respetaran las particularidades de la comunidad lingüística local. Por ejemplo, se mantuvo el acrónimo 'HIV' en lugar de VIH, dado que su versión anglosajona resulta más frecuente en el medio local. Además, se empleó un reactivo que indagó sobre la disposición para compartir un mate (comportamiento

muy habitual en Argentina) con una persona con VIH. Se formuló una cantidad semejante de ítems para cada una de las tres dimensiones teóricas del modelo de la estigmatización del VIH según de Earnshaw y Chaudoir (2009): *prejuicio*, *estereotipo* y *discriminación*. Se redactaron ítems directos e inversos con el fin de evitar la aquiescencia y disminuir el efecto de deseabilidad social sobre las respuestas (Morales, 2006). De este conjunto inicial, se seleccionaron 12 reactivos que todos los integrantes del equipo de investigación consideraron claros gramaticalmente, coherentes con la definición conceptual, pertinentes y que capturaban de forma clara y sencilla los tres componentes teóricamente propuestos por el modelo: prejuicio, estereotipo y discriminación. Se eligió un conjunto reducido de ítems, dado que el diseño muestral requirió recolectar los datos en la vía pública ya que el instrumento debía ser breve (ver *Diseño muestral*). Asimismo, se redactó una consigna general para la encuesta y se propuso una escala de respuesta de 5 opciones: 1 (*totalmente en desacuerdo*) a 5 (*totalmente de acuerdo*).

Análisis por juicio de expertos

Se evaluó la validez de contenido de los reactivos y en qué grado estos constituyen un muestreo apropiado del dominio conceptual a medir. Para esto, se realizó un juicio de expertos y se convocó a seis especialistas. Todos eran psicólogos/as con experiencia en investigación en distintas áreas de las ciencias del comportamiento. Dos de ellos tenían experiencia en psicometría y uno de ellos era una persona con VIH y tenía experiencia en el trabajo clínico con PVV. Se les envió los 12 reactivos seleccionados previamente con las definiciones conceptuales de las tres dimensiones teóricas de la estigmatización hacia el VIH según el modelo de Earnshaw y Chaudoir (2009):

prejuicio, estereotipo y discriminación. Los jueces debían indicar con una cruz en una planilla a qué dimensión pertenecía cada ítem. Los seis jueces indicaron correctamente la pertenencia de todos los ítems a sus respectivas dimensiones teóricas.

Prueba piloto cualitativa

Se realizó una prueba piloto informal en la que se administraron los 12 reactivos a 20 personas de la CABA de entre 21 y 50 años ($M = 30.45$, $DE = 9.19$) conformada por 12 mujeres y 8 varones. La prueba se realizó cara a cara y se evaluó el tiempo que demandaba completarla, ya que la misma debía poder ser administrada en la vía pública. Se pidió a los/as participantes que realizaran comentarios y sugerencias respecto de los ítems, principalmente con relación a la claridad y simplicidad de los términos utilizados y comprensión general de la consigna. Los/as participantes estimaron la redacción de las frases como claras y sencillas de comprender, por lo que los ítems resultaron cultural y lingüísticamente adecuados al contexto local. Por este motivo, no se realizaron en esta instancia cambios en el contenido de los reactivos. Con relación al tiempo de la toma de datos, la escala se analizó junto con un cuestionario sociodemográfico de 11 ítems y un cuestionario de 25 ítems sobre información acerca del VIH-sida. En todos los casos, la toma de datos conjunta duró menos de 10 minutos, un tiempo adecuado para la posterior recolección de muestras en la vía pública.

Prueba piloto cuantitativa

Población. Se delimitó a la población como las personas residentes de la CABA entre 18 y 60

años inclusive. Se restringió el universo a esta franja etaria para facilitar el muestreo y porque es la franja con mayor incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS; [Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2020](#)). A partir de las proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos ([INDEC, 2010](#)), se determinó un universo de 1.609.564 individuos, compuesto por 761.173 hombres (47.29%) y 848.391 mujeres (52.71%). Las franjas etarias quedaron comprendidas por 471.817 individuos de entre 18 y 29 años inclusive (29.31%), 638.557 entre 30 y 44 años inclusive (39.67%) y 499.190 entre 45 y 60 años inclusive (31.01%). En cuanto al nivel de instrucción, 353.026 (21.93%) individuos presentaron un nivel de instrucción formal hasta el secundario incompleto, 745.796 individuos (46.33%) entre secundario completo y terciario-universitario incompleto y los 510.745 individuos restantes (31.73%) poseían nivel universitario-terciario completo o posuniversitario. Para aproximar la distribución poblacional al nivel socioeconómico de la población de la CABA, se empleó la metodología propuesta por la Sociedad Argentina de Investigadores de Marketing y Opinión ([SAIMO, 2020](#)), y se utilizaron los datos provenientes de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del INDEC del primer trimestre del 2020. Según estos datos, la estratificación del nivel socioeconómico de la población de la CABA estaba compuesto por un 16.4% de individuos de nivel socioeconómico ABC1, un 33.8% del nivel C2, un 27.1% del nivel C3, un 19.1% del D1 y un 3.7% del D2E.

Diseño muestral. La muestra estuvo compuesta por 400 personas residentes de la CABA que fueron encuestadas en cuatro etapas de relevamiento, en las que el 47.3% indicó ser de género masculino ($n = 189$), el 51.8% de género femenino ($n = 207$), el 0.5% no binario ($n = 2$) y un 0.5%

otros (una mujer y un hombre que indicaron ser transgénero) ($n = 2$). El rango etario quedó comprendido entre los 18 y 60 años inclusive, con un promedio de 38.29 años ($DE = 11.99$).

Se empleó un diseño muestral cuasi probabilístico por cuotas para lograr una muestra representativa según variables demográficas y de nivel socioeconómico. El tamaño muestral establecido fue de 400 participantes para la realización de estimaciones con un nivel de confianza de 95% y un error de 5 puntos. El objetivo fue establecer una distribución poblacional de la CABA en cuatro variables sociodemográficas que pudiesen afectar el nivel de estigmatización relativa al VIH: género, edad, nivel de instrucción formal y estrato socioeconómico. Se emplearon como referencia de los estimadores poblacionales los datos del último censo 2010 del INDEC y los datos provenientes de la EPH del 2020 de CABA para aproximar la distribución relativa al nivel socioeconómico. Para tal fin, se readecuaron los puntos de toma de datos entre cada cuota muestral para lograr una aproximación a la composición poblacional. Se dividió a la CABA en cuatro sectores geográficos (sur, centro, norte y noroeste) y se eligieron 36 puntos de toma de datos en la vía pública, principalmente parques-plazas y puntos-intersecciones con altos niveles de tránsito. Si bien el muestreo por cuotas fue no probabilístico, permitió asegurar la representatividad de la muestra con relación a una serie de características relevantes para ser controladas sin presentar los costos elevados de un muestreo probabilístico (Alaminos-Chica & Castejón-Costa, 2006).

La primera cuota muestral ($n = 100$) fue realizada entre febrero y marzo de 2020, la segunda cuota muestral ($n = 101$) entre febrero y marzo de 2021, la tercera cuota entre agosto y octubre de 2021 ($n = 93$) y la cuarta entre noviembre de 2021 y enero de 2022 ($n = 106$).

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico. Construido específicamente para la presente investigación. Consistió en 11 preguntas cerradas. Se indagó el género (masculino, femenino, no binario, otros), la edad, el nivel de instrucción formal y la religión (católica, evangélica, judía, islámica, testigo de Jehová, Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días, agnóstico/ateo, otra religión). Además, se indagaron variables sociolaborales del encuestado, como la composición del hogar (cantidad de convivientes y tipo de ingreso) y del jefe/a de hogar (nivel de instrucción formal, situación laboral actual, jerarquía laboral y cobertura de salud). Las variables sociolaborales fueron empleadas como variables *proxy* a los fines de determinar el nivel socioeconómico de la persona encuestada (ABC1 = alto y medio alto; C2 = medio-medio; C3 = medio-bajo; D1 = vulnerables; D2E = pobres y marginales) conforme a la codificación empleada por SAIMO. También se indagó si el/la participante conocía a alguna persona con VIH (Cercanía con PVV) y, en caso afirmativo, el grado de cercanía se categorizó con opciones de respuesta que oscilaron entre 1 = *muy baja* y 5 = *muy alta*.

Cuestionario de conocimiento sobre VIH-sida. Construido específicamente para esta investigación, el cuestionario consistió en 25 preguntas de respuesta cerrada (no se exponen los datos relativos a estas variables ya que fueron publicados en Contigiani et al., 2022).

Recolección de datos

La encuesta fue realizada por cinco encuestadores/as de modo presencial en la vía pública, con la colaboración anónima y voluntaria de los

participantes. Luego de que las personas accedieron a participar, se les informó el objetivo de la investigación, el nombre del investigador responsable, las instituciones que enmarcaban el estudio y se enfatizó que la encuesta podía ser interrumpida en cualquier momento y que el tratamiento de los datos sería confidencial, con fines estrictamente investigativos. Luego de obtener el consentimiento informado verbal del participante, comenzaba la toma de datos, con una duración de entre 5 y 10 minutos. Como agradecimiento por la colaboración, los participantes recibieron una caja con tres preservativos y folletos con información sobre el VIH-sida.

Consideraciones éticas

Todos los participantes dieron su consentimiento informado verbal para participar de forma anónima en la encuesta. El diseño fue aprobado por el Comité de Ética para la Investigación Científica y Tecnológica y la Comisión de Bioética de la Universidad Abierta Interamericana (N° 0-1064).

Análisis de datos

Para el análisis estadístico se emplearon los paquetes informáticos SPSS 21, Jamovi y Factor Analysis v. 10.4.01 (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2017). Se evaluó la curtosis y simetría de los puntajes de los ítems y se consideraron como excelentes los valores entre +1.00 y -1.00 y como adecuados los comprendidos entre +2.00 y -2.00, conforme a lo recomendado por Hair, Black, Babin, Anderson y Tatham (2010). Se empleó la correlación r_s para evaluar el grado de asociación entre reactivos. Para evaluar la capacidad de discriminación de cada reactivo se calculó la correla-

ción item-test (i-t) y se consideraron asociaciones mayores a .40 como indicadores de muy buena capacidad discriminante, según los lineamientos de Elosua y Egaña (2020).

Para la realización del análisis factorial exploratorio (AFE) se tuvieron en cuenta los estándares actualmente recomendados (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2014; Llorent-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza, & Tomás-Marco, 2014).

Para evaluar la fiabilidad de la escala, se realizó un análisis de consistencia interna mediante el coeficiente *alfa* ordinal. Para determinar si las diferencias halladas en función de las características sociodemográficas eran estadísticamente significativas, se calcularon pruebas de diferencias de medias (*t* de Student) en presencia de dos subgrupos, y análisis de la varianza (ANOVA) con comparaciones múltiples (Tukey) cuando los subgrupos eran tres o más. Se optó por pruebas paramétricas dado que, en todos los casos, el número de sujetos superaba ampliamente el mínimo recomendado de 30 unidades de análisis. Finalmente, se realizaron análisis discriminantes con los grupos que sí mostraron diferencias entre los puntajes promedio de la escala. En todos los análisis se fijó el nivel de significación *alfa* en .05.

Resultados

Composición muestral

En la Tabla 1 se observan las frecuencias absolutas y porcentuales con relación al género, franja etaria, máximo nivel de instrucción formal y nivel socioeconómico. La tercera columna muestra el diferencial entre el porcentaje observado en la muestra y las estimaciones poblacionales en cada categoría de las variables (ver *Población*). En las variables género, franja etaria y máximo nivel de instrucción formal todas las di-

Tabla 1

Distribución de frecuencias absolutas y porcentuales de variables sociodemográficas y diferencial con proporciones poblacionales.

	n	%	% muestral - % poblacional
<i>Género</i>			
Masculino	189	47.3	-0.01
Femenino	207	51.8	-0.91
No binario	2	0.5	* No corresponde
Otro	2	0.5	* No corresponde
<i>Edad</i>			
18 a 29 años	114	28.5	-0.81
30 a 44 años	158	39.5	-0.17
45 a 60 años	128	32	0.99
<i>Máximo nivel de instrucción formal</i>			
Hasta secundario incompleto	72	18	-3.93
Secundario completo / Terciario-Universitario incompleto	195	48.8	2.47
Terciario-Universitario completo / Postuniversitario	133	33.3	1.57
<i>Nivel socioeconómico</i>			
ABC1	98	24.5	8.1
C2	84	21	-12.8
C3	109	27.3	0.2
D1	83	20.8	1.7
D2E	23	5.8	2.1
<i>Conoce PVV</i>			
Sí	148	37	
No	251	62.7	
<i>Religión</i>			
Católico	176	44	
No religioso	145	36.3	
Pentecostal	44	11	
Otras	35	8.5	

Nota. *: No corresponde dado que en los datos censales se registra la variable sexo sin contemplar las categorías de género no binario u otros.

ferencias se encontraron por debajo de los cinco puntos porcentuales, lo cual indica un adecuado nivel de aproximación de la composición muestral a la distribución poblacional. En la variable nivel socioeconómico, se observa una leve sobre-

representación del estrato ABC1 en la muestra (+8.1%) y una subrepresentación del estrato C2 (-12.8%).

Tabla 2

Estadísticos descriptivos, índices de asimetría y curtosis y correlación ítem-total corregida correspondientes a los ítems de la Breve Escala Sobre Estigmatización en VIH (BESE-VIH).

Ítem	Media	DE	Asimetría	Curtosis	r i-total	Alfa si se elimina el ítem
1	1.64	1.02	1.73	2.37	.63	.87
2	3.50	1.34	-0.47	-0.94	.60	.87
3	2.40	1.27	0.55	-0.73	.53	.87
4	3.13	1.36	-0.41	-1.17	.66	.87
5	1.71	1.11	1.75	2.32	.46	.88
6	1.91	1.18	1.17	0.33	.67	.86
7	2.18	1.26	0.80	-0.40	.58	.87
8	2.08	1.24	0.95	-0.18	.66	.87
9	2.24	1.31	0.76	-0.62	.58	.87
10	1.53	0.91	1.98	3.91	.51	.87
11	3.47	1.28	-0.44	-0.81	.41	.88
12	2.32	1.42	0.69	-0.88	.68	.86
Total						.88

Análisis descriptivos de los ítems

La Tabla 2 presenta los estadísticos descriptivos, índices de asimetría y curtosis e índices de discriminación para cada ítem. De los 12 ítems de la BESE-VIH, 7 presentaron valores de asimetría y curtosis entre -1 y +1, y dos exhibieron índices inferiores a 1.60, por lo que fueron evaluados como aceptables. Los tres ítems restantes (ítem 1,

ítem 5 e ítem 10) presentaron valores por fuera de los márgenes recomendados; por lo tanto, se optó por eliminarlos de los análisis posteriores. En lo que respecta a la capacidad discriminativa, todos los ítems mostraron correlaciones positivas y por encima del límite recomendado de .40. Por su parte, el estadístico *alfa* de Cronbach, si se eliminaba el ítem, no mostró variaciones significativas en ninguno de los casos.

Tabla 3

Correlaciones bivariadas r_s entre los ítems.

ÍTEM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	-	.38**	.29**	.43**	.46**	.57**	.37**	.49**	.46**	.37**	.18**	.50**
2		-	.29**	.72**	.30**	.39**	.26**	.42**	.38**	.25**	.56**	.42**
3			-	.33**	.32**	.40**	.64**	.37**	.28**	.38**	.28**	.40**
4				-	.33**	.47**	.34**	.43**	.41**	.34**	.51**	.44**
5					-	.46**	.32**	.39**	.33**	.39**	.12*	.34**
6						-	.44**	.55**	.48**	.52**	.24**	.56**
7							-	.40**	.32**	.41**	.18**	.44**
8								-	.63**	.39**	.26**	.58**
9									-	.35**	.26**	.51**
10										-	.10*	.46**
11											-	.31**
12												-

Nota. * $p < .05$; ** $p < .001$.

Además, se realizó un diagnóstico de multicolinealidad entre las variables a través de la inspección de la matriz de correlaciones. En la Tabla 3, se observa que todas las correlaciones resultaron positivas y estadísticamente significativas, pero no superaron en ningún caso el umbral (.90) para considerarlas elevadas (Pérez & Medrano, 2010).

Análisis factorial exploratorio (AFE)

La matriz de datos fue considerada factorizable desde el momento en que el test de esfericidad de Bartlett fue significativo ($\chi^2 = 1539.2$; $p < .001$) y el test de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin arrojó un valor de .85.

En primer lugar, se utilizó la regla de Kaiser (1960) a través de la cual se identificaron dos factores cuyos valores propios (*eigenvalues*) fueron mayores que la unidad. Sin embargo, el análisis paralelo optimizado sugirió la retención de una única dimensión, la que explicaba el 54.4% de la varianza del constructo. Sumado a ello, el gráfico de sedimentación también indicó una solución similar. Por lo tanto, y conscientes de que el criterio de autovalores tiende a sobreestimar el número

de factores, se optó por avanzar con una solución unidimensional para los análisis posteriores.

La inspección de las cargas factoriales determinó que ningún ítem poseía una carga menor a .40, de modo que se retuvieron los 9 reactivos. La versión final quedó conformada por seis reactivos de carga directa (ítem 2, 4, 5, 6, 8 y 9) y tres de carga inversa (ítem 1, 3 y 7). Como se observa en la Tabla 4, el análisis de la confiabilidad por consistencia interna calculado a partir del coeficiente *alfa* ordinal alcanzó un valor de .87, que puede considerarse como muy bueno.

Replicabilidad

Para evaluar la fiabilidad de los puntajes obtenidos por los 9 reactivos seleccionados, se compararon los puntajes de las cuatro cuotas muestrales (ver *Diseño Muestral*). No se halló ningún efecto significativo del factor Cuota Muestral ($F_{(3, 395)} = 0.93$, $p = .47$, $\eta^2 = 0.006$). Tanto la falta de significación como el bajo tamaño del efecto expresaron que la medida fue temporalmente estable.

Tabla 4

Matriz de configuración correspondiente a los ítems de la BESE-VIH.

Contenido del ítem	
1. Tendría una relación sexual con una persona con HIV	.71
1. Las personas con HIV han tenido malas costumbres	.60
2. Tendría una relación de pareja con una persona con HIV	.74
3. Evitaría contratar a una persona con HIV	.67
4. Una persona con HIV es promiscua	.62
5. Sentiría rechazo al tener que compartir utensilios con una persona con HIV	.73
6. Compartiría un mate con una persona con HIV	.64
7. Siento miedo de tener relaciones sexuales con una persona con HIV	.51
8. Evitaría que mis hijos/as estén bajo el cuidado de una persona con HIV	.71
Varianza explicada	54.4%
Alfa ordinal	.87

Tabla 5

Índices descriptivos de la BESE-VIH, análisis *t* de Student, de la varianza (ANOVA) y pruebas *post-hoc* Tukey para las variables sociodemográficas.

Variable	Subgrupo	n	M	DE	t/F	p	Tukey*	p
<i>Género</i>								
	Masculino	189	2.59	0.86	-0.91	ns	-	-
	Femenino	207	2.60	0.92				
<i>Edad</i>								
	18-29	114	2.28	0.78	15.38	<.01	<30-44	.03
							<45-60	.01
	30-44	158	2.55	0.84			>18-29	.03
							<45-60	.01
	45-60	128	2.89	0.96			>18-29	.01
							>30-44	.01
<i>Escolaridad</i>								
	1	72	3.02	0.89	12.32	<.01	>2	.01
							>3	.01
	2	195	2.55	0.90			<1	.01
							<1	.01
	3	133	2.39	0.82			<1	.01
<i>Nivel socioeconómico</i>								
	ABC1 y C2	182	2.49	0.92	2.95	.05	<D1 y D2E	.04
	C3	109	2.59	0.87			ns	-
	D1 y D2E	106	2.75	0.86			>ABC1-C2	.04
<i>Conoce persona con VIH</i>								
	Sí	148	2.27	0.78	-5.39	<.01	-	-
	No	251	2.76	0.91				
<i>Religión</i>								
	Católico	176	2.64	0.89	6.87	<.01	<Pen	.03
	No religioso	145	2.38	0.84			<Pen	<.01
	Pentecostal	44	3.05	1.00			>Cat	.03
							>No Rel	<.01
	Otras	35	2.54	0.77			ns	-
Total		400	2.58	0.90				

Nota. n = 400. Pruebas *post hoc* de Tukey: 1 = Hasta secundario incompleto, 2 = Secundario completo / Terciario o universitario incompleto, 3 = Terciario o universitario completo o mayor. Sólo se presentan los subgrupos con diferencias significativas ($p < .05$); ns = no significativo ($p > .05$).

Tabla 6

Índices relativos al análisis discriminante: Autovalores, porcentaje de varianza explicado, correlación canónica y Lambda de Wilks.

Variable	Subgrupo	n	Función	Autovalor	V	CC	Lambda	p
<i>Edad</i>								
	18-29	114	1	.11	83%	.32	.87	<.01
	30-44	158	2	.02	17%	.15	.97	.31
	45-60	128						
<i>Escolaridad</i>								
	1	72	1	.17	84%	.38	.82	<.01
	2	195	2	.03	16%	.17	.96	.12
	3	133						
<i>Nivel socioeconómico</i>								
	ABC1 y C2	182	1	.07	77%	.26	.91	<.01
	C3	109	2	.02	22%	.14	.98	.43
	D1 y D2E	106						
<i>Conoce persona con VIH</i>								
	Sí	148	1	.15	100%	.36	.86	<.01
	No	251						
<i>Religión</i>								
	Católico	176	1	.08	67%	.28	.88	<.01
	No religioso	145	2	.03	23%	.17	.95	.39
	Pentecostal	44	3	.01	10%	.11	.98	.62
	Otras	35						

Nota. n = 400. V = Porcentaje de Varianza, CC = Correlaciones canónicas, Lambda = Lambda de Wilks. 1 = Hasta secundario incompleto, 2 = Secundario completo / Terciario o universitario incompleto, 3 = Terciario o universitario completo o mayor.

Evidencia de validez externa

Para recabar evidencia de la validez externa del instrumento diseñado, se analizaron las dife-

rencias entre las medias de los puntajes obtenidos por distintos grupos conformados en función de las variables sociodemográficas (género, edad, nivel de instrucción, nivel socioeconómico, co-

nocimiento de al menos una PVV).

La Tabla 5 muestra diferencias significativas en casi todos los grupos comparados, a excepción de la variable género. En cuanto a la variable edad, se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre todos los subgrupos. De esta manera, se observó que, a medida que la edad aumenta, también lo hace la estigmatización hacia el VIH. En relación con el nivel de instrucción, aquellas personas con menor nivel de instrucción obtuvieron puntajes medios significativamente mayores que las personas con mayor nivel educativo. El nivel socioeconómico bajo y marginal (D1 y D2E) indicó niveles de estigmatización mayores que los pertenecientes a niveles medios altos (ABC1 y C2). En cuanto a la variable religión, la religión pentecostal (evangélicos, testigos de Jehová y devotos de la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días) mostró valores medios significativamente mayores que el resto. Finalmente, aquellos sujetos que conocían al menos una PVV mostraron valores medios significativamente menores que aquellos que no.

Sin embargo, estos contrastes no tienen en cuenta la correlación existente entre las variables. Por ello, se optó por realizar análisis discriminantes con los grupos que sí mostraron diferencias entre los puntajes promedio. Para esto, se analizó la normalidad de los puntajes brutos de la BESE-VIH. Estos se apartaron significativamente de un modelo normal, según la prueba Shapiro Wilk ($p < .01$). Probablemente, esto se deba a que, en muestras grandes, los pequeños alejamientos del modelo normal arrojan resultados con significación estadística. En efecto, la distribución tiene indicadores de sesgo (.377) y curtosis (-.567) congruentes con una distribución simétrica. Dado que el análisis discriminante es una prueba sólida que puede llegar a buenas clasificaciones aun con distribuciones no normales (Li, Zhu, & Ogihara, 2006), se decidió emplearla.

En cuanto a la variable edad, la primera función (que permitió diferenciar entre el subgrupo de personas entre 45 y 60 de los otros dos) presentó valores adecuados. La inspección de la ubicación de los centroides en la función discriminante indicó que el rango etario de 45 a 60 años se encuentra ubicado en las puntuaciones positivas de la función. Los coeficientes de función discriminante canónica estandarizada indicaron un mayor peso de los ítems 3 (.54), 5 (.41) y 6 (.40) para la discriminación en cuestión.

En cuanto al nivel de instrucción, la función 1 logró diferenciar satisfactoriamente al subgrupo con menor nivel de instrucción (hasta el secundario completo) de aquellos con mayor nivel. De esta manera, las puntuaciones de este subgrupo se encontraban en la parte positiva de la función, al tiempo que los otros subgrupos se encontraban en la parte negativa. Los ítems que tuvieron más peso en la función fueron el 5 (.60) y el 9 (.70).

En cuanto al nivel socioeconómico, se diferenció al subgrupo con menos recursos que los demás que se ubicó entre las puntuaciones positivas de la función. Particularmente, el ítem 9 (*Evitaría que mis hijos/as estén bajo el cuidado de una persona con HIV*) fue el que mejor discriminó los grupos.

Además, se compararon los grupos en función a la variable conocimiento de una PVV. La función calculada indicó que los puntajes de aquellos entrevistados que no conocían a una PVV se ubicaban entre las puntuaciones positivas de la función. En este caso, los ítems que mejor diferenciaron a los grupos comparados fueron aquellos con una función social, a saber: ítem 3 (.52), ítem 6 (.43) e ítem 7 (.37).

Finalmente, se realizó el mismo procedimiento con la variable religión. La primera función permitió diferenciar a los pentecostales y católicos del resto. El ítem 9 se erigió como el que más discriminaba las funciones analizadas.

Discusión

El objetivo del presente estudio fue construir la Breve Escala Sobre Estigmatización hacia el VIH (BESE-VIH) en una muestra representativa de la CABA y aportar evidencia de su confiabilidad y validez. El desarrollo de un instrumento breve, válido y confiable para la medición de la estigmatización hacia el VIH surge como respuesta a la necesidad de monitorear el estado de situación a nivel local establecido por la nueva Ley Nacional (N° 27.675) de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, Otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Tuberculosis (TBC). La BESE-VIH mostró muy buenos niveles de confiabilidad y evidencia adecuada de validez interna y externa, por lo que resulta un instrumento prometedor.

El AFE permitió identificar que las respuestas a los nueve reactivos subyacen a un único factor que captaría de forma conjunta la estigmatización hacia el VIH. La escala mostró un buen grado de validez interna del constructo dado que todos los reactivos mostraron cargas factoriales mayores a .50 y, en conjunto, explicaron más del 50% de la varianza de las respuestas. Si bien el modelo conceptual de [Earnshaw y Chaudoir \(2009\)](#) propone tres mecanismos de la estigmatización hacia el VIH (*prejuicio, estereotipos y discriminación*), la solución factorial resultante no reflejó una disociación de dimensiones en los puntajes de este instrumento. Una de las posibles explicaciones podría relacionarse con limitaciones metodológicas. La muestra tuvo un tamaño grande para la cantidad de reactivos evaluados ([Pérez & Medrano, 2010](#)), sin embargo, se inició el estudio con una cantidad limitada de reactivos. La razón residió en que la modalidad de toma de datos en la vía pública impuso la exigencia de partir de un instrumento preliminar breve. Partir de un conjunto inicial escaso de ítems podría di-

ficultar que el AFE arroje soluciones factoriales de distintas variables latentes ([Llorent-Segura et al., 2014](#)). Por ejemplo, [Zelaya et al. \(2008\)](#) hallaron, con una escala final de 24 ítems, una solución factorial de cuatro dominios relativos al estigma hacia el VIH.

Otra explicación para la solución de un factor podría residir en que los tres mecanismos de estigmatización propuestos por el modelo de [Earnshaw y Chaudoir \(2009\)](#) se encuentran estrechamente articulados a nivel empírico, de modo que su entrelazamiento no puede ser diferenciable por los reactivos. Es esperable que los estereotipos formen un plafón cognitivo desde el que se sostengan las actitudes y prejuicios, lo cual da lugar a emociones negativas hacia un grupo y, en determinadas circunstancias, acompaña y genera conductas de distanciamiento y discriminación. En efecto, en la matriz de correlaciones casi todos los reactivos mostraron asociaciones moderadas, positivas y muy significativas con respecto al resto de los ítems. Si bien la discusión sobre el grado de relación que existe entre estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias excede al presente trabajo, un meta análisis realizado al respecto muestra que, si bien son constructos diferenciables, se encuentran relacionados y podrían ser codependientes ([Schütz & Six, 1996](#)). Otras escalas sobre actitudes hacia diversos grupos marginados también evaluaron los comportamientos de distanciamiento, emociones negativas y creencias estereotipadas (e.g., actitudes hacia la comunidad trans; [Esteban, González-Rivera, Francia-Martínez, & Lespier, 2020](#)). En el contexto del VIH, estudios previos desarrollaron escalas similares y hallaron un patrón de resultados similar al que se informa en el presente trabajo. Por ejemplo, [Van Rie et al. \(2008\)](#) construyeron una escala para la medición de las creencias sociales sobre el VIH-sida en una muestra de PVV. Los reactivos presentaron cargas factoriales en un

único factor en el que los contenidos de los ítems se vinculaban tanto a *estereotipos* (e.g., *Algunas personas piensan que las personas con sida están sucias*), *discriminación* (e.g., *Algunas personas mantienen distancia de las personas con sida*), y a *prejuicio* (e.g., *Algunas personas sienten miedo de aquellos que tienen sida*).

Los nueve reactivos seleccionados en la BESE-VIH mantuvieron un buen muestreo del contenido de los tres mecanismos conceptuales de la estigmatización hacia el VIH: *estereotipos* (ítem final 2 y 5), *prejuicio* (ítem final 6 y 8) y *discriminación* (ítem final 1, 3, 4, 7 y 9); lo que aporta evidencia adicional de la validez interna. En conjunto, explicaron un 54.4% de la varianza total. En la confiabilidad, tuvieron un muy buen nivel de consistencia interna.

Por otro lado, las submuestras recogidas en las distintas cuotas no mostraron diferencias significativas en las puntuaciones de la escala, lo que muestra dos aspectos valiosos. El primero, relativo al instrumento: la escala permite obtener resultados replicables en un contexto determinado. El segundo, relativo a la estabilidad temporal del nivel de estigmatización hacia el VIH en la CABA. La primera cuota muestral se obtuvo en febrero de 2020, mientras que la cuarta y última concluyó en enero de 2022. La ausencia de diferencias entre cuotas sugiere un nivel poblacional estable en relación con la variable objetivo. Entre la primera y la segunda cuota muestral se implementaron medidas de distanciamiento social a consecuencia de la pandemia del SARS-CoV-2 (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio –ASPO– por el Decreto de Necesidad y Urgencia 297/2020 del 20 de marzo de 2020). La experiencia con una nueva pandemia y la exposición a gran cantidad de información sobre agentes infecciosos durante el 2020 podrían haber alterado los datos en relación con la estigmatización hacia el VIH. Sin embargo, los valores no se vieron afectados.

En lo concerniente a la validez externa de la escala, se obtuvieron datos que indican un muy buen grado de validez discriminante. En primer lugar, se hallaron diferencias significativas al comparar los grupos en función de su franja etaria. Los/as participantes de entre 18 y 29 años mostraron puntajes inferiores en la BESE-VIH que los de entre 30 y 44 años, quienes, a su vez, exhibieron valores menores que los de entre 45 y 60 años. Estas diferencias deben ser abordadas considerando las particularidades socioculturales de la muestra. Por ejemplo, [Letshwenyo-Maruatona et al. \(2019\)](#) hallaron un patrón de resultados opuesto. En una muestra con participantes de entre 10 y 64 años de Botswana se halló que, a mayor edad, mayor información tenían los/las participantes sobre el VIH-sida y menos indicadores de estigmatización tenían hacia el tema. Esto indica que la franja etaria puede asociarse a una variable de suma relevancia en relación con la estigmatización: el nivel de conocimiento sobre el VIH-sida. Recientemente hemos publicado un estudio con datos de la misma muestra del presente trabajo sobre el grado de conocimientos acerca del tema ([Contigiani et al., 2022](#)). Específicamente, se evaluó si los/as participantes conocían la diferencia entre VIH y sida, las vías de transmisión del virus, la PrEP (profilaxis preexposición), la PEP (profilaxis postexposición) y la intransmisibilidad de personas con VIH con carga viral indetectable. No se hallaron diferencias de edad entre las personas que diferían en su grado de conocimiento. Esto sugiere que los niveles menores de estigmatización hallados en personas más jóvenes no responderían a que posean diferentes niveles de conocimientos al respecto.

Por su parte, el nivel de instrucción formal y el nivel socioeconómico también se asociaron a los puntajes de la escala. Específicamente, las personas con secundario incompleto presentaron puntajes promedio significativamente superiores

al resto. A su vez, las personas pertenecientes a niveles socioeconómicos más desfavorecidos (D1 y D2E) también mostraron valores superiores a los pertenecientes a los niveles ABC1 y C2. Vale mencionar que en nuestra muestra el nivel de instrucción formal y el nivel socioeconómico se encuentran positivamente relacionados (Contigiani et al., 2022). La asociación entre mayores niveles de estigmatización hacia el VIH y menor nivel educativo y socioeconómico ya fue documentada en estudios previos. Por ejemplo, Stephenson (2009) mostró que en comunidades africanas con mayor nivel educativo y desarrollo económico se observaron menores niveles de estigmatización hacia el VIH. Probablemente, mayores recursos socioeconómicos y educativos puedan asociarse a mayores conocimientos sobre el tema (e.g., vías de transmisión), lo que desalentaría creencias incorrectas acerca de la transmisión del VIH (e.g., infecciones casuales por compartir utensilios) y, a su vez, aminoraría el miedo a la transmisión por contacto casual y las conductas de distanciamiento. La asociación negativa entre el grado de información que poseen las personas sobre VIH-sida y la estigmatización hacia PVV es una de las relaciones más robustas y replicadas en distintos marcos culturales (e.g., Letshwenyo-Maruatona et al., 2019; Ogden, & Nyblade, 2005).

También, se halló que los/as participantes que indicaron profesar una religión pentecostal mostraron un promedio de puntaje en la escala significativamente superior al resto. Si bien es posible que exista incidencia de ciertas doctrinas y prácticas religiosas sobre las creencias y actitudes hacia la sexualidad y las PVV, en nuestra muestra las personas con religión pentecostal no solo presentaron niveles significativamente menores de instrucción formal sino que, también, pertenecían a un estrato socioeconómico menor (Contigiani et al., 2022). Futuros análisis multivariados indagarán la incidencia diferencial sobre

la estigmatización de las variables sociodemográficas relacionadas entre sí, como lo fueron el nivel socioeconómico, el nivel educativo y la religión.

Finalmente, se halló que aquellos participantes que indicaron conocer al menos a una persona con VIH tuvieron valores promedio significativamente menores en la escala. En nuestro estudio previo, estos sujetos también mostraron poseer mayor conocimiento en buena parte de los tópicos evaluados sobre el VIH-sida en comparación con el resto (Contigiani et al., 2022). La relación entre la estigmatización y la condición de conocer a una persona con VIH podría estar mediada por la información a la cual se accede. Es posible que conocer a alguien con VIH incite a la persona a la búsqueda de información sobre el tema, o bien que facilite su obtención por comunicación directa con la persona que vive con el virus. Nuevamente, el poseer información válida, precisa y en mayor cantidad sobre el VIH y sus vías de transmisión reduce temores irracionales con respecto a la transmisión casual y, en consecuencia, el rechazo y el distanciamiento de personas con VIH. Otra posibilidad es que la proximidad por sí misma deteriore los mecanismos que sostienen la estigmatización, lo cual, probablemente, disminuya creencias estereotipadas, actitudes y respuestas emocionales negativas. Una mayor proximidad a personas pertenecientes a grupos estigmatizados permite conocer sus vidas y experiencias personales, y contribuye a trascender los estereotipos grupales para conocer a sujetos particulares. Los estudios que evaluaron el estigma relativo a distintos atributos informaron que el contacto con personas con dichos atributos se asocia a menor estigmatización, lo que ha sido conceptualizado como *hipótesis de contacto* (Molero-Alonso, 2007; Fuster-Ruiz, Molero, Gil de Montes, Agirrezabal, & Vitoria, 2013).

En todas las variables anteriormente mencionadas, el análisis discriminante confirmó que

las puntuaciones obtenidas en la BESE-VIH fueron útiles para clasificar a los sujetos en grupos preestablecidos.

Limitaciones y fortalezas del estudio

La principal limitación en la construcción de la BESE-VIH consistió en la reducida cantidad de reactivos iniciales en el estudio. Probablemente, comenzar con un muestreo reducido de comportamientos indicativos del constructo dificultó el hallazgo de dimensiones subyacentes en el AFE. La razón por la cual se optó desde un principio por emplear pocos reactivos fue construir una escala breve que pudiera ser fácilmente empleada en diversos contextos y, además, que pudiera ser administrada en la vía pública. Dado que la versión preliminar de la BESE-VIH fue administrada junto a otros cuestionarios breves, para que las personas estuvieran dispuestas a participar, el tiempo de toma debía ser muy acotado. Futuras investigaciones que recolecten datos *online* podrán explorar el comportamiento métrico de los 9 ítems presentados en conjunto con más reactivos. Esto permitirá reevaluar la solución factorial y aplicar también análisis factoriales confirmatorios con el fin de corroborar empíricamente la estructura dimensional teórica propuesta por [Earnshaw y Chaudoir \(2009\)](#). Sin embargo, la administración *online* suele conllevar limitaciones metodológicas, que ya fueron expuestas en el presente trabajo, lo que constituye, como se detalla más adelante, una de sus principales fortalezas.

En cuanto a las fortalezas, se obtuvieron de forma simultánea buenos indicadores de validez interna y externa. Futuras investigaciones del equipo se dirigirán a evaluar la validez de criterio de esta versión de la BESE-VIH, específicamente la validez concurrente, analizando su covariación con otros instrumentos que capturen

rasgos psicológicos conceptualmente vinculados ([Martínez-Arias, 2005](#)). La principal fortaleza del presente estudio reside en que no desdeña un aspecto casi siempre descuidado en las investigaciones psicosociales: la representatividad muestral. A partir de un diseño por cuotas se logró que la muestra representara a la población de adultos residentes en la CABA en cuatro variables socio-demográficas relevantes. Resulta de suma importancia advertir que no se subrepresentaron los estratos socioeconómicamente más desfavorecidos de la población o con menor nivel educativo. Los sectores más desfavorecidos de nuestra sociedad pueden quedar excluidos en muestreos incidentales, particularmente cuando estos son realizados *online*, ya que requiere que el/la participante disponga de un ordenador y conexión a internet. Resulta crucial asegurar la representación muestral de estos estratos sociales si se desea que un instrumento posea utilidad aplicada y comunitaria más allá de los márgenes de la academia y las capas medias de la sociedad. En efecto, en nuestra muestra las personas con menor nivel socioeconómico y menor grado educativo mostraron resultados diferentes al resto, lo que confirma la importancia de no introducir sesgos de selección que los subrepresente. La sistemática desatención a la representatividad muestral que se advierte en las investigaciones psicosociales ha contribuido a una creciente crisis de replicabilidad en las ciencias sociales ([Schimmack, 2020](#)). En este estudio no hallamos diferencias en los puntajes de la BESE-VIH entre cuotas muestrales, lo que indica no sólo la estabilidad del fenómeno en cuestión, sino también la replicabilidad de los resultados.

Por otro lado, y en concordancia con [Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez \(2008\)](#), consideramos que los instrumentos psicométricos deben poseer adecuación lingüística y cultural al contexto de su implementación. En este sentido, desde el inicio del proceso de construcción de la escala se

garantizó la adecuación de la BESE-VIH al contexto local en que sería utilizada, por lo tanto, se consideraron sus particularidades socio-culturales. Por ejemplo, en la redacción de los reactivos se optó por utilizar el acrónimo en inglés ‘HIV’ de mayor utilización en la Argentina y se incluyeron ítems que representaran comportamientos locales y actuales que tuvieran relevancia en relación con el constructo (e.g., *Compartiría un mate con una persona con HIV*).

Finalmente, vale destacar que el procedimiento de toma de datos también constituye una fortaleza en comparación con otros trabajos en el área. Específicamente, la recolección personal permitió repetir la consigna cuantas veces fuera necesario cuando el/la participante no la comprendía. Hemos observado en el trabajo de campo que una cantidad no menor de personas mostraban dificultades para comprender la forma de graduar su nivel de acuerdo con las opciones de respuesta de los ítems que plantea la escala Likert. Esto resulta particularmente importante cuando se desea que la evaluación del constructo incluya capas poblacionales con bajo nivel educativo. La evaluación en persona también permitió asegurar que los reactivos fueran respondidos con atención. Estas condiciones no pueden ser controladas en las tomas *online*, lo que muy probablemente introduciría varianza de error a la medida y repercutiría negativamente en su fiabilidad (Richard de Minzi, 2008).

Conclusión

Si bien los avances biomédicos en el tratamiento del VIH durante las últimas décadas han tenido una enorme envergadura, su impacto en los niveles de estigmatización no son proporcionales dado que se encuentra mediado por distintos factores como el conocimiento que las perso-

nas tienen sobre el tema. La estigmatización hacia el VIH tiene consecuencias negativas en la salud y calidad de vida de las PVV y en la salud pública, ya que obstaculiza las acciones preventivas y asistenciales al desalentar el testeo regular en la población general. Cualquier diseño, monitoreo, evaluación y readecuación de las políticas estructurales dirigidas a reducir la estigmatización hacia el VIH requiere contar con instrumentos rigurosos para la medición de este constructo. La BESE-VIH constituye una primera herramienta de fácil, rápida y económica administración para la medición de la estigmatización que, en una muestra representativa de la CABA, posee buenos indicadores de fiabilidad, validez interna y externa.

Accesibilidad a los datos

Los datos que soportan los hallazgos del presente estudio se encuentran disponibles para el libre escrutinio de la comunidad científica en: https://osf.io/nqzfy/?view_only=78536805fa6e40f59c3963a9abf2a110

Referencias

- Alaminos-Chica, A., & Castejón-Costa, J. L. (2006). *Elaboración, análisis e interpretación de encuestas, cuestionarios y escalas de opinión*. Alicante, España: Marfil.
- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. doi: 10.6018/analesps.29.3.178511
- Bilder, P. (2010). “Una visita inesperada”. Primeros años del SIDA en la Argentina (1981-1984). En H. Vessuri, P. Kreimer, A. Arellano & L. Sanz-Méndez (Eds.), *Conocer para transformar: Producción y reflexión sobre ciencia, tecnología e innovación en Iberoamé-*

- rica (pp. 35-53). Caracas: UNESCO-IESALC.
- Contigiani, M. F., Sánchez-López, J. M., Laurito, M., Vergara, A., Lugo, N., & Cuenya, L. (2022). Conocimiento sobre VIH-sida en población general de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y su vinculación con variables sociodemográficas. *PSocial. Revista de Investigación en Psicología Social*, 8(1), s.p. Recuperado de <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/view/7392/6539>
- Decreto 297/2020. *Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio*. Recuperado de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>
- Delgado, R. (2011). Características virológicas del VIH. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(1), 58-65. doi: 10.1016/j.eimc.2010.10.001
- Earnshaw, V. A., & Chaudoir, S. R. (2009). From Conceptualizing to Measuring HIV Stigma: A Review of HIV Stigma Mechanism Measures. *AIDS and Behavior*, 13(6), 1160-1177. doi: 10.1007/s10461-009-9593-3
- Earnshaw, V. A., Smith, L. R., Chaudoir, S. R., Amico, K. R., & Copenhaver, M. M. (2013). HIV Stigma Mechanisms and Well-Being among PLWH: A Test of the HIV Stigma Framework. *AIDS and Behavior*, 17(5), 1785-1795. doi: 10.1007/s10461-013-0437-9
- Eisinger, R. W., Dieffenbach, C. W., & Fauci, A. (2019). HIV viral load and transmissibility of HIV infection. Undetectable equals untransmittable. *JAMA*, 321(5), 451-452. doi: 10.1001/jama.2018.21167
- Elosua, P., & Egaña, M. (2020). *Psicometría aplicada. Guía para el análisis de datos y escalas con Jamovi*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en Medicina*, 6, 27-36. doi: 10.32870/ap.v9n2.993
- Esteban, C., González-Rivera, J. A., Francia-Martínez, M., & Lespier, Z. (2020). Desarrollo de instrumentos para medir actitudes hacia la comunidad trans: Análisis preliminares. *Revista Evaluar*, 20(1), 68-82. doi: 10.35670/1667-4545.v20.n1.28486
- Ferrando, P. J., & Lorenzo-Seva, U. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: Algunas consideraciones adicionales. *Anales de Psicología*, 30(3), 1170-1175. doi: 10.6018/analesps.30.3.199991
- Ferrando, P. J., & Lorenzo-Seva, U. (2017). Program FACTOR at 10: Origins, development and future directions. *Psicothema*, 29(2), 236-240. doi: 10.7334/psicothema2016.304
- Fundación Huésped. (2012). *Percepciones y experiencias sobre estigma y discriminación en poblaciones trans, HSH, y usuarios de drogas*. Buenos Aires: Autor. Recuperado de <https://www.huesped.org.ar>
- Fuster-Ruiz, M. J., Molero, F., Gil de Montes, L., Agirrezabal, A., & Vitoria, A. (2013). HIV- and AIDS-related stigma: Psychosocial aspects in a representative Spanish sample. *Spanish Journal of Psychology*, 16(e30), 1-8. doi: 10.1017/sjp.2013.52
- Genberg, B. L., Kawichai, S., Chingono, A., Sendah, M., Charialertsak, S., Konda, K. A., & Celentano, D. D. (2008). Assessing HIV/AIDS Stigma and Discrimination in Developing Countries. *AIDS and Behavior*, 12(5), 772-780. doi: 10.1007/s10461-007-9340-6
- Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu.
- Green, W. C. (2007). A history of AIDS: Looking back to see ahead. *European Journal of Immunology*, 37(1), S94-102. doi: 10.1002/eji.200737441
- Grinsztejn, B., Housseinipour, M. C., Ribaud, H. J., Swindelles, S., Eron, J., ... & Cohen, M. S. (2014). Effects of early versus delayed initiation of antiretroviral treatment on clinical outcomes of HIV-1 infection: Results from the phase 3 HPTN 052 randomised controlled trials. *The Lancet*, 14(4), 281-290. doi: 10.1016/S1473-3099(13)70692-3
- Hair, J. E., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham R. L. (2010). *Multivariate Data Analysis* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson-Prentice Hall.
- Hamra, M., Ross, M. W., Orrs, M., & D'Agostino, A. (2006). Relationship between expressed HIV/AIDS-related stigma and HIV-beliefs/knowledge and behaviour in families of HIV infected children in Kenya. *Tropical Medicine & International Health*, 11(4), 513-527.

doi: [10.1111/j.1365-3156.2006.01583.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2006.01583.x)

Índice de Estigma y Discriminación hacia las Personas con VIH en Argentina 2.0 (2020). Recuperado de <https://www.undp.org/es/argentina/publicaciones/indice-de-estigma-y-discriminacion>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina (2010). Censo 2010. Recuperado de <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>

Jones, E. E., Farina, A., Hestrof, A. H., Markus, H., Miller, D. T., & Scott, R. A. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: Freeman.

Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 141-51. doi: [10.1177/001316446002000116](https://doi.org/10.1177/001316446002000116)

Kalichman, S. C., Simbayi, L. C., Jooste, S., Toefy, Y., Cain, D., Cherry, C., & Kagee, A. (2005). Development of a brief scale to measure AIDS-related stigma in South Africa. *AIDS and Behavior*, 9(2), 135-43. doi: [10.1007/s10461-005-3895-x](https://doi.org/10.1007/s10461-005-3895-x)

Kurzban, R., & Leary, M. R. (2001). Evolutionary Origins of Stigmatization: The Functions of Social Exclusion. *Psychological Bulletin*, 127(2), 187-208. doi: [10.1037/0033-2909.127.2.187](https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.2.187)

Letshwenyo-Maruatona, S. B., Madisa, M., Boitshwarelo, T., George-Keliwe, B., Kingori, C., Ice, G., Bianco, J. A., Marape, M., & Haile, Z. T. (2019). Association between HIV/AIDS knowledge and stigma towards people living with HIV/AIDS in Botswana. *African Journal of AIDS Research*, 18(1), 58-64. doi: [10.2989/16085906.2018.1552879](https://doi.org/10.2989/16085906.2018.1552879)

Ley 27675. Ley Nacional de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, Otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Tuberculosis (TBC) (18 de julio de 2022). Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/salud/respuesta-integral-al-vih-hepatitis-virales-otras-infecciones>

Li, T., Zhu, S., & Ogihara, M. (2006). Using discriminant analysis for multi-class classification: An experimen-

tal investigation. *Knowledge and Information Systems*, 10, 453-472. doi: [10.1007/s10115-006-0013-y](https://doi.org/10.1007/s10115-006-0013-y)

Llorent-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: Una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169. doi: [10.6018/analesps.30.3.199361](https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361)

Logie, C., & Gadalla, T. M. (2009). Meta-analysis of health and demographic correlates of stigma towards people living with HIV. *AIDS Care*, 21, 742-753. doi: [10.1080/09540120802511877](https://doi.org/10.1080/09540120802511877)

Mandell, L. N., Rodriguez, V. J., de La Rosa, A., Abbamonte, J. M., Sued, O., Cecchini, D., ... Grupo de estudio COPA SIDA y Comportamiento. (2019). Suicidal ideation among adults re-engaging in HIV care in Argentina. *AIDS and Behavior*, 23(6), 3427-3434. doi: [10.1007%2Fs10461-019-02526-4](https://doi.org/10.1007%2Fs10461-019-02526-4)

Martínez-Arias, R. (2005). *Psicometría: Teoría de los Test Psicológicos y Educativos*. Madrid: Síntesis Psicológica.

Ministerio de Salud. (2020). *Boletín N° 37. Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina*, 23. Recuperado de <https://banco.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-11/Boletin%20VIH%202020%20final%20V2.pdf>

Molero-Alonso, F. (2007). Prejuicio y estigma: Efectos y posibles soluciones. En J. F. Morales-Domínguez, M. C. Moya-Morales, E. Gaviria-Stewart & I. Cuadrado-Guiraldo (Coords.), *Psicología Social, Tercera Edición* (pp. 619-640). Madrid: McGraw Hill.

Morales, P. (2006). *Medición de actitudes en psicología y educación. Construcción de escalas y problemas metodológicos*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas de Madrid.

Ogden, J., & Nyblade, L. (2005). *Common at its core: HIV-related stigma across contexts*. International for Research on Women (ICRW).

Pecheny, M. (2008). *Estudio sobre la situación social de las Personas Viviendo con VIH en la Argentina*. Buenos Aires: UBATEC.

Pérez, E. R., & Medrano, L. A. (2010). Análisis factorial

- exploratorio: Bases conceptuales y metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2(1), 58-66. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3161108>
- Radusky, P. D., Zalazar, V., Aristegui, I., Sued, O., & Mikulic, I. M. (2018). Avances en la construcción del Inventario de Estigma relacionado con el VIH (IE-VIH) en Buenos Aires, Argentina. *Psicod debate*, 17(2), 7-24. doi: [10.18682/pd.v17i2.669](https://doi.org/10.18682/pd.v17i2.669)
- Richaud de Minzi, M. C. (2008). Nuevas tendencias en psicometría. *Revista Evaluar*, 8, 1-19. doi: [10.35670/1667-4545.v8.n1.501](https://doi.org/10.35670/1667-4545.v8.n1.501)
- Rodger, A. J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., ... & PARTNER Study Group. (2019). Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): Final results of a multicentre, prospective, observational study. *Lancet*, 15(393), 2428-2438. doi: [10.1016/S0140-6736\(19\)30418-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30418-0)
- Rodger, A. J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., ... & PARTNER Study Group. (2016). Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *JAMA*, 316(2), 171-181. doi: [10.1001/jama.2016.5148](https://doi.org/10.1001/jama.2016.5148)
- SAIMO. (2020). Anticipo NSE. Primer Trimestre 2020. Recuperado de <https://www.saimo.org.ar>
- Schimmack, U. (2020). A meta-psychological perspective on the decade of replication failures in social psychology. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 61(4), 364-376. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/cap0000246>
- Schütz, H., & Six, B. (1996). How strong is the relationship between prejudice and discrimination? A meta-analytic answer. *International Journal of Intercultural Relations*, 20(3-4), 441-462. doi: [10.1016/0147-1767\(96\)00028-4](https://doi.org/10.1016/0147-1767(96)00028-4)
- Stephenson, R. (2009). Community factors shaping HIV-related stigma among young people in three African countries. *AIDS Care*, 21(4), 403-410. doi: [10.1080/09540120802290365](https://doi.org/10.1080/09540120802290365)
- Sweeney, S. M., & Venable, P. A. V. (2016). The association of HIV-related stigma to HIV medication adherence: A systematic review and synthesis of the literature. *AIDS and Behavior*, 20(1), 29-50. doi: [10.1007/s10461-015-1164-1](https://doi.org/10.1007/s10461-015-1164-1)
- UNAIDS. (2019). Global AIDS Update. Recuperado de <https://www.unaids.org>
- Van Rie, A., Sengupta, S., Pungrassami, P., Balthip Q., Choonuan, S., ... & Chongsuvivatwong, V. (2008). Measuring stigma associated with tuberculosis and HIV/AIDS in southern Thailand: Exploratory and confirmatory factor analyses of two new scales. *Tropical Medicine and International Health*, 13(1), 21-30. doi: [10.1111/j.1365-3156.2007.01971.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2007.01971.x)
- Zelaya, C. E., Sivaram, S., Johnson, S. C., Srikrishnan, A. K., Solomon, S., & Celentano, D. D. (2008). HIV/AIDS stigma: Reliability and validity of a new measurement instrument in Chennai, India. *AIDS and Behavior*, 12(5), 781-788. doi: [10.1007/s10461-007-9331-7](https://doi.org/10.1007/s10461-007-9331-7)