

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS



TESIS DE GRADO

**CONSTRUCCIÓN DE LA BREVE ESCALA SOBRE
ESTIGMATIZACIÓN EN VIH (BESE-VIH) PARA MEDIR
ESTIGMATIZACIÓN HACIA EL VIH EN POBLACIÓN GENERAL DE
BUENOS AIRES**

TESISTA: NANCY NOEMÍ LUGO ARGÜELLO

TUTOR: Dr. LUCAS CUENYA

TÍTULO A OBTENER: LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

OCTUBRE – 2022

Nota Aclaratoria:

El presente Trabajo de Integración Final corresponde al artículo científico en el que la tesista participó como segunda autora:

Cuenya, L., Nancy, L., Contigiani, M. F., Sánchez López, J. M., Castro, L., Radusky, P. D., & Gabini, S. (*en evaluación*). Construcción de la Breve Escala Sobre Estigmatización en VIH (BESE-VIH) para medir estigmatización hacia el VIH en población general de Buenos Aires. *Revista Evaluar*. ISSN-L: 1667-4545

La presente investigación se encuentra inserta en el Grupo de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva (GISSER), dependiente de la Universidad Abierta Interamericana (UAI) y el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), radicado en el Centro de Altos Estudios en Ciencias Sociales (CAECS), Buenos Aires, Argentina. A su vez, forma parte del subsidio bianual UAI 2021-2023 dirigido por el Dr. Lucas Cuenya y titulado “*Estudio sobre conocimientos relativos al VIH-sida en población adulta de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y su relación con la estigmatización*”.

Índice

Agradecimientos	4
Resumen.....	5
Abstract	6
Introducción	7
Relevancia	9
Justificación Del Tema.....	10
Objetivo General	11
Objetivos Específicos.....	11
Hipótesis.....	11
Metodología	12
Diseño.....	12
Participantes	15
Instrumentos	15
Diseño Muestral	16
Recolección de datos.....	17
Análisis De Datos.....	18
Resultados	19
Discusión.....	27
Conclusión	35
Referencias Bibliográficas.....	36
ANEXO I	44
ANEXO II.....	45
ANEXO III.....	46
ANEXO IV	47

Agradecimientos

Infinitas gracias a mi familia; ellos saben la parte difícil de ser consecuente con mis acciones, pero también son testigos del amor que he puesto en cada paso.

Gracias a los docentes que posibilitaron mi acercamiento a la investigación, y en especial al Dr. Lucas Cuenya al incorporarme en su Grupo de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva (GISSER).

Gracias a la Universidad Abierta Interamericana y el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) por crear las condiciones materiales para este proyecto.

Resumen

La estigmatización ha acompañado la pandemia del VIH desde sus orígenes, teniendo consecuencias negativas en la salud de las personas con VIH y desalentando el testeo regular en 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, 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, logrando la representatividad en relación al género, edad, nivel de instrucción y nivel socioeconómico. La BESE-VIH quedó compuesta por nueve reactivos y mostró muy buenos niveles de confiabilidad y adecuada evidencia interna y externa de validez, por lo que 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 requires 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, in accordance with its linguistic particularities. Four hundred ($n = 400$) participants between 18 and 60 years old were surveyed on public roads in a quota design, in order to achieve the representativeness in relation to 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 adequate internal and external evidence of validity, making it a promising instrument.

Key words: HIV, stigma, scale, CABA, factorial analysis

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 hay 37.9 millones (32.7 – 44.0 millones) de personas con VIH, y que más de 34 millones de personas han muerto a causa del sida¹ (UNAIDS, 2019). Según datos del Ministerio de Salud (2020), se estima que en Argentina hay 136 mil personas viviendo con VIH (PVV), de las que 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), manteniendo la carga viral indetectable para los límites de detección de las pruebas de laboratorio (< 20 copias por ml), evitando el progreso a la fase sida y reduciendo abruptamente la mortalidad (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 el concepto de *Indetectable = Intransmisible* (I=I), que constituye uno de los mejores puentes entre las ciencias biomédicas y conductuales al favorecer a remover los sentimientos de miedo y culpa que una persona con VIH podía sentir ante la posibilidad de causar daño a otros, así como los sentimientos internalizados y eventos externos de estigma (Eisinger et al., 2019).

¹ La Real Academia Española admitió en 1992 la lexicalización de la sigla SIDA (*síndrome de inmunodeficiencia adquirida*) para su uso como sustantivo común, por lo que en el presente escrito será utilizado con minúscula. Ver <http://dtme.ranm.es/terminos/sida.html?id=29>. Visitado por última vez el 03/09/2022.

Erving Goffman (1963) ofreció una de las primeras conceptualizaciones del estigma definiéndolo como “un atributo que es profundamente desprestigiante” (p. 13) y que reduce al individuo de ser una persona total y corriente a una “manchada” y devaluada, deteriorando su identidad. El modelo de Earnshaw y Chaudoir (2009) propone que el estigma hacia el VIH se conforma de tres componentes diferenciables: prejuicio (emociones y sentimientos negativos como miedo, disgusto, asco o bronca a las PVV), estereotipos (creencias sobre las PVV) y discriminación (manifestaciones conductuales de perjuicio a PVV). Según Ogden y Nyblade (2005), los pilares sobre los que se sostienen estos mecanismos serían dos. En primer lugar, uno informativo-cognitivo, fundamentalmente vinculado a la falta de conocimiento preciso sobre las vías de transmisión y la creencia en la posibilidad de una infección casual en situaciones que no implican intercambio de fluidos corporales (e.g., compartir toallas, comer juntos, compartir baño). El otro pilar se basa en aspectos valorativos y afectivos, asociando tener VIH a conductas moralmente reprobadas en un contexto cultural y a grupos previamente estigmatizados (e.g., promiscuidad, ser trabajador/a 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 a la salud y asociado culturalmente con el deterioro y la mortalidad (Jones et al., 1984; Kurzban y 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 (Bilder, 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 PVV, estas implican la experimentación previa de episodios externos y objetivos de estigma o la percepción de

estigma en el entorno (Fundación Huésped, 2012; Radusky et al., 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 sólo un 26.4% de los participantes consignó haber leído o escuchado sobre I=I, y tan sólo el 2% pudo dar cuenta cabal de sus implicancias (Contigiani et al., 2022). Un bajo conocimiento sobre estos nuevos 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 y Nyblade, 2005).

Relevancia

La relevancia de medir y estudiar el estigma hacia el VIH reside en que este repercute negativamente en la salud mental de las PVV, como lo evidencia su asociación con indicadores como depresión, riesgo suicida o abuso de sustancias psicoactivas (Logie y Gadalla, 2009; Mandell et al., 2019) o escaso bienestar psicológico (Earnshaw et al., 2013). También contribuye a menor adherencia al tratamiento y retención en la atención del VIH, lo que deriva en un progreso más acelerado de la infección y peor salud física (Earnshaw et al., 2013, Sweeney y Venable, 2016). Por otra parte, mayores niveles de estigmatización hacia el VIH también pueden impactar negativamente en la población general, dado que se asocia a 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 se extienden a nivel de la salud pública.

A pesar de la importancia de su estudio, no hay instrumentos locales estandarizados con adecuada validez y confiabilidad para la medición de la estigmatización hacia el VIH en

población general. El desarrollo de instrumentos para su medición resulta de vital importancia para cumplir con las prerrogativas 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 que permitan monitorear la estigmatización en población general. Esto permitirá un diagnóstico comunitario del estado de situación e indicadores objetivos de la evolución del fenómeno con el fin de diseñar intervenciones públicas para la reducción y erradicación del estigma hacia el VIH.

Justificación Del Tema

El desarrollo biomédico ha podido consumir grandes avances en torno al tratamiento del VIH, convirtiendo la infección en una condición crónica y evitando en la gran mayoría de los casos alcanzar la fase sida. Los modernos tratamientos y la concientización para la detección temprana con testeos regulares han permitido lograr la indetectabilidad del virus en un porcentaje muy importante de PVV, con implicancias de nula transmisión por vía sexual. Lo estipulado en el artículo 23 de la nueva Ley Nacional de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, Otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Tuberculosis (TBC) refuerza la necesidad de erradicar conductas relacionadas a la discriminación y vulneración de derechos. Considerando la normativa vigente, contar con una herramienta local que mida la estigmatización hacia el VIH en población general contribuirá al desarrollo de políticas públicas e intervenciones efectivas dirigidas a la erradicación de la estigmatización al VIH.

Su disminución alentaría el testeo espontáneo en población general, un diagnóstico temprano, y el tratamiento integral adecuado en caso de infección.

Objetivo General

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 población general de CABA.

Objetivos Específicos

1. Construir un instrumento breve para la medición de los niveles de estigmatización hacia el VIH en una muestra representativa de población general de CABA.
2. Evaluar los indicadores psicométricos de confiabilidad de la escala.
3. Evaluar la adecuación de la estructura factorial con un modelo teórico previo sobre la estigmatización hacia el VIH.
4. Evaluar indicadores de validez externa de la escala.

Hipótesis

El trabajo se guió conforme a la hipótesis según la cual la Breve Escala Sobre Estigmatización al VIH (BESE-VIH) posee buenos indicadores de confiabilidad y validez externa e interna. A su vez, se hipotetiza que la solución factorial obtenida reflejará las dimensiones propuestas por el modelo de Earnshaw y Chaudoir (2009), según el cual el constructo presenta como variables latentes un factor relacionado con el prejuicio, otro con los estereotipos y otro con las conductas de discriminación.

Metodología

Diseño

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

Revisión de la literatura y operacionalización del constructo. Luego de realizar una búsqueda y revisión de los principales marcos teóricos sobre el estigma relacionado con el VIH, se optó por la definición operacional brindada por el modelo de Earnshaw y Chaudoir (2009) sobre los subcomponentes de la estigmatización hacia el VIH. Se redactaron 30 ítems iniciales. Para la formulación de los reactivos se tomaron en cuenta los enunciados de instrumentos ya existentes y con adecuadas propiedades psicométricas sobre estigmatización hacia el VIH para población no infectada (*AIDS-Related stigma scale* de Kalichman et al., 2005; *Expressed HIV/AIDS-related stigma* de Hamra et al., 2006; *HIV/AIDS-related stigma* de Genberg et al., 2007; *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, respetando 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 la disposición a compartir un mate con una persona con VIH, un comportamiento muy frecuente en nuestra región. Se formuló una cantidad semejante de ítems para cada una de las tres dimensiones teóricas del modelo. Se redactaron ítems directos e inversos con el fin de evitar la aquiescencia y disminuir el efecto de la 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 debió elegir un conjunto reducido de ítems dado que el diseño muestral requirió recolectar los datos en la vía pública, por lo que el instrumento debía ser breve (ver *Diseño muestral*). Asimismo, se redactó una consigna general para el protocolo y se propuso una escala de respuesta de 5 opciones de 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 convocando a seis especialistas. En todos los casos 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 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 ítems a 20 personas de CABA de entre 21 y 50 años ($M = 30.45$, $DE = 9.19$) conformada por 12 mujeres y 8 varones. La prueba fue realizada cara a cara y se evaluó el tiempo que demandaba su realización, ya que la misma debía poder ser administrada en la vía pública. Se pidió a los/as participantes que realizaran comentarios y sugerencias respecto

a los ítems, principalmente con relación a su claridad, simplicidad de los términos utilizados y comprensión general de la consigna. Los/as participantes estimaron la redacción de las frases 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. En relación al tiempo de toma, la escala se tomó junto con un cuestionario socio-demográfico de 11 ítems y un cuestionario de 25 ítems sobre información acerca del VIH-sida. En todos los casos, la toma conjunta duró menos de 10 minutos, un tiempo adecuado para la posterior recolección en la vía pública.

Prueba piloto cuantitativa

Población. Se delimitó a la población como las personas residentes en CABA que tuvieran entre 18 y 60 años inclusive. Se restringió el universo a esta franja etaria para facilitar su muestreo y debido a que es la franja con mayor incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019a; Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019b). A partir de las proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC, 2010a), se determinó un universo de 1.609.564 individuos, compuestos por 761.173 varones (47.29%) y 848.391 mujeres (52.71%). En relación a la franja etaria, quedaron comprendidos entre 18 y 29 años inclusive unos 471.817 individuos (29.31%), 638.557 entre 30 y 44 años inclusive (39.67%) y 499.190 entre 45 y 60 años inclusive (31.01%). Por su parte, 353.026 (21.93%) presentaron un nivel de instrucción formal que llega hasta el secundario incompleto, 745.796 (46.33%) entre secundario completo y terciario-universitario incompleto, mientras que los 510.745 individuos restantes (31.73%) poseen nivel universitario-terciario completo o postuniversitario. Para aproximar la distribución poblacional según nivel socioeconómico de la población de CABA, se empleó la metodología propuesta por la Sociedad Argentina de Investigadores de Marketing y Opinión

(SAIMO, 2020), utilizando los datos provenientes de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del INDEC correspondientes al primer trimestre del 2020. Según estos datos, la estratificación de CABA se compuso por un 16.4% de individuos del 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.

Participantes

Se encuestó un total de 400 personas, residentes en CABA, en cuatro etapas de relevamiento dentro de los cuales el 47.3% consignó un género masculino ($n = 189$), el 51.8% femenino ($n = 207$), 0.5% no binario ($n = 2$) y 0.5% otros – una mujer y un varón trans – ($n = 2$). Las edades quedaron comprendidas entre los 18 y 60 años inclusive, con un promedio de 38.29 años ($DE = 11.99$).

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico. Construido *ad hoc* para la presente investigación. Consistió en 11 preguntas cerradas. Se indagó el género ('Masculino', 'Femenino', 'No binario', 'Otro'), la edad en años, el nivel máximo 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 relativas a la composición del hogar del encuestado (cantidad de convivientes y cantidad de convivientes con algún tipo de ingreso) y el jefe/a de hogar (máximo nivel de instrucción formal, condición de ocupación 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', 'C2', 'C3', 'D1', 'D2E') conforme a la codificación empleada por SAIMO.

Cuestionario de conocimiento sobre VIH-sida. Construido *ad hoc* por nuestro equipo de investigación (GISSER), 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).

Cercanía con PVV. Además, se indagó si el/la participante conocía a alguna persona con VIH y, en caso afirmativo, su grado de cercanía (con opciones de respuesta que oscilaron entre 1 = ‘Muy baja’ y 5 = ‘Muy alta’).

Diseño Muestral

Se empleó un diseño cuasi-probabilístico por cuotas con el objetivo de lograr una muestra representativa según variables demográficas y de nivel socioeconómico. El tamaño muestral establecido es de 400 observaciones para la realización de estimaciones con un nivel de confianza de 95% y un error de 5 puntos. El objetivo se dirige a respetar la distribución poblacional de CABA en cuatro variables sociodemográficas que pueden afectar el nivel de estigmatización relativa al VIH: género, edad, nivel de instrucción formal y estrato socioeconómico. Se empleó 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 entre cada cuota muestral con el objetivo de lograr una aproximación a la composición poblacional. Se dividió en cuatro sectores geográficos a CABA (sur, centro, norte y noroeste) y se eligieron 36 puntos de observación en la vía pública, principalmente parques-plazas y puntos-intersecciones con altos niveles de tránsito (ver Figura 1). Si bien el muestreo por cuotas es no probabilístico, permite asegurar la representatividad de la muestra con relación a una serie de características relevantes a ser controladas sin presentar los elevados costos de un muestreo probabilístico (Alaminos Chica y Castejón Costa, 2006).

La primera cuota muestral ($n = 100$) fue realizada entre febrero y marzo de 2020, la segunda etapa ($n = 101$) 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 ($n = 106$).

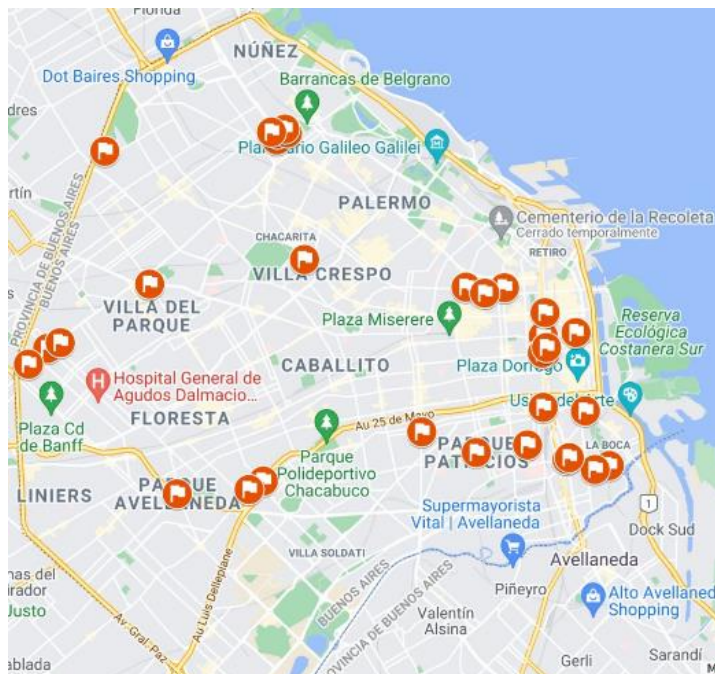


Figura 1. Puntos de relevamiento de datos en CABA.

Recolección de Datos

La encuesta fue realizada de modo presencial en la vía pública, por cinco encuestadores/as, con la colaboración anónima y voluntaria de los participantes. Luego que la persona accediera a participar, se le informó sobre el objetivo de la investigación, el nombre del investigador responsable y las instituciones dentro de las que se enmarca el estudio, haciendo énfasis en que la toma 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, con una duración que oscilaba entre 5 y 10 minutos. Como agradecimiento por la colaboración, los participantes recibían una caja con tres preservativos y folletería con información de divulgación sobre 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 (Nº 0-1064).

Análisis De Datos

Para el análisis estadístico se emplearon los paquetes informáticos SPSS 21 y Jamovi. Se evaluó la curtosis y simetría de los puntajes de los ítems, considerando como excelentes valores entre +1.00 y -1.00, y como adecuados entre +2.00 y -2.00, conforme a lo recomendado por Hair et al. (2010). Para evaluar la capacidad de discriminación de cada reactivo se calculó la correlación i-t, considerando asociaciones mayores a .40 como indicadoras de muy buena capacidad discriminante, siguiendo los lineamientos de Elousa y Egaña (2020). Para la realización del Análisis Factorial Exploratorio (AFE) se tuvieron en cuenta los estándares actualmente recomendados (Ferrando y Lorenzo Seva, 2014; Llorent et al., 2014). Para evaluar la fiabilidad de la escala se realizó un análisis de consistencia interna empleando el coeficiente *alfa* ordinal. Con el objetivo de 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 a género, franja etaria, máximo nivel de instrucción formal y nivel socioeconómico. La tercera columna arroja el diferencial entre el porcentaje observado en la muestra y las estimaciones poblacionales en cada categoría de las variables (ver los parámetros en *Población*). En género, franja etaria y máximo nivel de instrucción formal todas las diferencias 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 sobrerrepresentación del estrato ABC1 en la muestra (+8.1%) y una subrepresentación del estrato C2 (-12.8%).

Tabla 1. Distribución de frecuencias absolutas y porcentuales de variables sociodemográficas y diferencial con proporciones poblacionales

		<i>N</i>	%	% <i>muestral</i> - % <i>poblacional</i>
Género	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
Edad	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	0.99
	Hasta secundario incompleto	72	18.0	-3.93
Máximo nivel de instrucción formal	Secundario completo / Terciario-Universitario incompleto	195	48.8	2.47
	Terciario-Universitario completo / Postuniversitario	133	33.3	1.57
Nivel socioeconómico	ABC1	98	24.5	8.1
	C2	84	21.0	-12.8
	C3	109	27.3	0.2
	D1	83	20.8	1.7
	D2E	23	5.8	2.1
Conoce PVV	Si	148	37	
	No	251	62.7	
Religión	Católico	176	44	
	No religioso	146	36.5	
	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.

Análisis de ítems. La Tabla 2 presenta los estadísticos descriptivos, índices de asimetría y curtosis e índices de discriminación para cada ítem. De los 12 ítems, 7 presentaron valores de asimetría y curtosis comprendidos 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 elimina el elemento no mostró variaciones significativas en ninguno de los casos.

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.

ÍTEM	Media	DE	Asimetría	Curtosis	<i>r</i> i-total	<i>Alfa</i> si se elimina
1	1.64	1.02	1.73	2.37	.63	.87
2	3.50	1.34	-.47	-.94	.60	.87
3	2.40	1.27	.55	-.73	.53	.87
4	3.13	1.36	-.41	-1.17	.66	.87
5	1.71	1.11	1.75	2.32	.46	.88
6	1.91	1.18	1.17	.33	.67	.86
7	2.18	1.26	.80	-.40	.58	.87
8	2.08	1.24	.95	-.18	.66	.87
9	2.24	1.31	.76	-.62	.58	.87
10	1.53	.91	1.98	3.91	.51	.87
11	3.47	1.28	-.44	-.81	.41	.88
12	2.32	1.42	.69	-.88	.68	.86
Total						.88

Adicionalmente, se realizó un diagnóstico de multicolinealidad entre las variables a través de la inspección de la matriz de correlaciones. Todas las correlaciones resultaron positivas y estadísticamente significativas, empero no superaron en ningún caso el umbral (.90) para considerarlas elevadas (Pérez y Medrano, 2010).

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

AFE. La matriz de datos fue considerada factorizable desde el momento 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 a 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 (ver Figura 2). Por lo tanto, y a sabiendas 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 (2, 4, 5, 6, 8 y 9) y tres de carga inversa (1, 3, 7). 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.

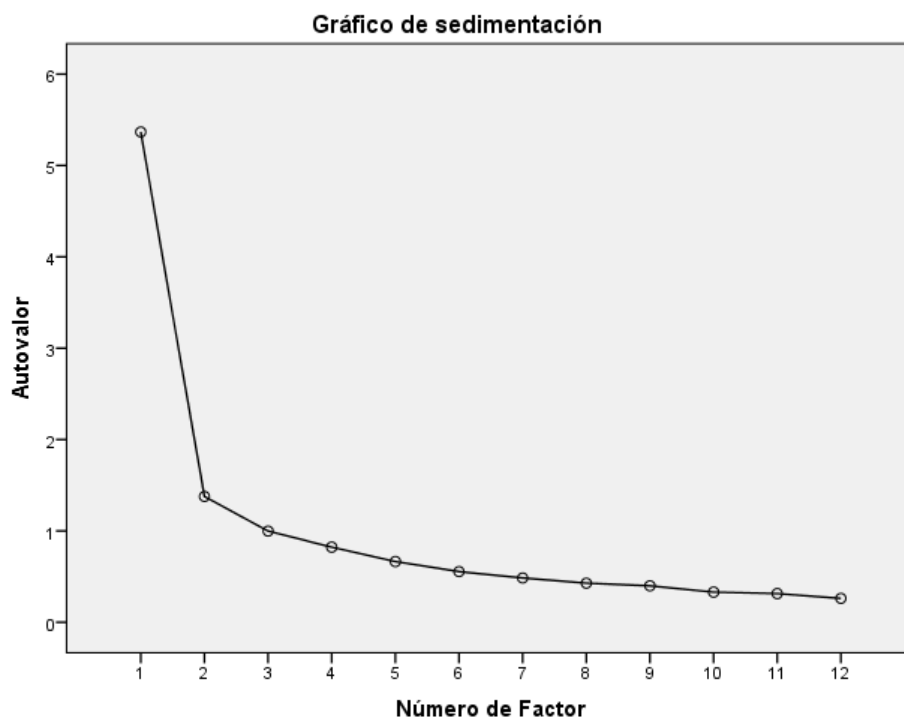


Figura 2. Gráfico de sedimentación correspondiente a la BESE-VIH.

Tabla 4. Matriz de configuración correspondiente a los ítems de la Breve Escala Sobre Estigmatización en VIH

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

Replicabilidad. Con el fin de abordar la fiabilidad de los puntajes obtenidos por los 9 reactivos seleccionados, se compararon los puntajes obtenidos en las cuatro cuotas muestrales (ver *Diseño Muestral*). No se halló un efecto significativo del factor Cuota Muestral, $F(3,$

395) = 0.93, $p = .47$, $\eta_p^2 = 0.006$. Tanto la falta de significación como el bajo tamaño del efecto expresan que la medida fue temporalmente estable.

Evidencia externa de validez. Con miras a recabar evidencia acerca de la validez externa del instrumento diseñado, se analizaron las diferencias entre las medias de los puntajes obtenidos por distintos grupos conformados en función de las variables sociodemográficas (género, edad, escolaridad, nivel socioeconómico, conocimiento de al menos una PVV).

Los resultados expuestos en la Tabla 5 indicaron diferencias significativas en casi todos los grupos comparados, a excepción del género de las personas que participaron del estudio. En lo que hace a la edad, se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre todos los subgrupos. De esta manera, se puede observar que a medida que la edad aumenta también lo hace la estigmatización hacia el VIH. En relación con la escolaridad, aquellas personas con menor nivel educativo obtuvieron puntajes medios significativamente mayores que las personas con mayor nivel educativo alcanzado. El nivel socioeconómico bajo y marginal (D1 y D2E) indicó mayores niveles de estigmatización que los pertenecientes a niveles medios altos (ABC1 y C2). En torno a la religión, los que consignaron profesar una religión pentecostal (evangélicos, testigos de Jehová y devotos de la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días) mostraron valores medios significativamente mayores al resto. Finalmente, aquellos con conocimiento de, al menos, una PVV mostraron valores medios de estigmatización hacia el VIH significativamente menores que aquellos que no conocían a una persona con VIH.

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
Género	Masculino	189	2.59	0.86	-0.91	ns	-	-
	Femenino	207	2.60	0.92				
Edad	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
							>45-60	.01
Escolaridad	1	72	3.02	0.89	12.32	<.01	>2	.01
							>3	.01
	2	195	2.55	0.90			<1	.01
	3	133	2.39	0.82			<1	.01
Nivel socioeconómico	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-C	.04
Conoce persona con VIH	Si	148	2.27	0.78	-5.39	<.01	-	-
	No	251	2.76	0.91				
Religión	Católico	176	2.64	0.89	6.87	<.01	<Pen	.03
	No religioso	146	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 ($p > .05$).

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 la realización de la prueba 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 ($p < .01$). Sin embargo, esto probablemente se deba a que, en muestras grandes, pequeños apartamientos del modelo

normal arrojan significación estadística. En efecto, la distribución tiene indicadores de sesgo (0.377) y curtosis (-0.567) congruentes con una distribución simétrica (ver Figura 3). Dado que el análisis discriminante es una prueba robusta que puede llegar a buenas clasificaciones aún con distribuciones no normales (Li et al., 2006), se decidió emplearla.

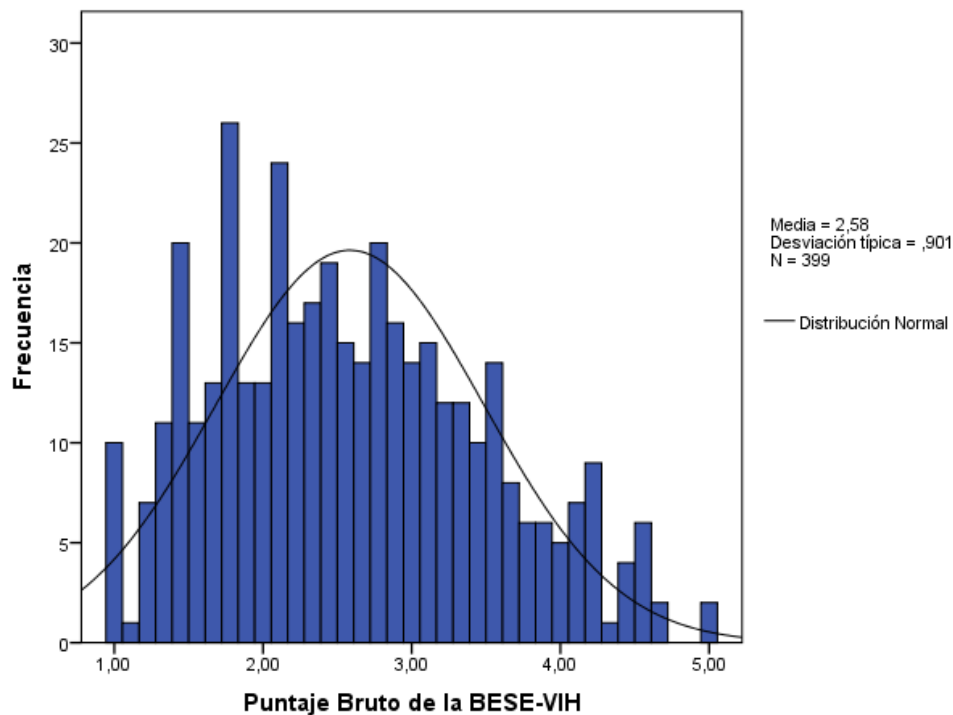


Figura 3. Histograma de los puntajes brutos de la BESE-VIH con aproximación a la distribución normal.

En cuanto a la edad, la primera función (que permite 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 entre los 46 y 60 años se encuentra ubicado en las puntuaciones positivas de la función. Por su parte, 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 relación a la escolaridad, la función 1 logró diferenciar satisfactoriamente al subgrupo que poseía un nivel formativo menor (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 puntajes de los otros subgrupos lo hacían en la negativa. En este caso, los ítems que más peso ostentaron en la función fueron el 5 (.60) y el 9 (.70).

En cuanto al nivel socioeconómico, se logró diferenciar al subgrupo con menores recursos de los demás ubicándose 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 entre los grupos.

Además, se compararon los grupos en función del conocimiento de una PVV. La función calculada indicó que los puntajes de aquellos respondientes 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 en torno a la religión. La primera función permitió diferenciar a los pentecostales y católicos del resto. El ítem 9 se erigió como el que más discriminaba entre las funciones analizadas.

Tabla 6. Índices relativos al análisis discriminante: Autovalores, porcentaje de varianza explicado, correlación canónica y Lambda de Wilks.

Grupo	Subgrupo	n	Función	Autovalor	V	CC	Lambda	p
Edad	18-29	114	1	.11	83%	.32	.87	<.01
	30-44	158	2	.02	17%	.15	.97	.31
	45-60	128						
Escolaridad	1	72	1	.17	84%	.38	.82	<.01
	2	195	2	.03	16%	.17	.96	.12
	3	133						
Nivel socioeconómico	ABC1 y C2	182	1	.07	77%	.26	.91	<.01
	C3	109	2	.02	22%	.14	.98	.43
	D1 y D2E	106						
Conoce persona con VIH	Si	148	1	.15	100%	.36	.86	<.01
	No	251						
Religión	Católico	176	1	.08	67%	.28	.88	<.01
	No religioso	146	2	.03	23%	.17	.95	.39
	Pentecostal	44	3	.01	10%	.11	.98	.62
	Otras	33						

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.

Discusión

El objetivo del presente estudio fue construir la Breve Escala Sobre Estigmatización en VIH (BESE-VIH) en una muestra representativa de 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 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

adecuada evidencia interna y externa de validez, 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 de 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 PVV – prejuicio, estereotipos, 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 y Medrano, 2010), sin embargo, se inició el estudio con una cantidad limitada de reactivos. La razón residió en que la modalidad de toma en la vía pública impuso la exigencia de partir de un instrumento preliminar breve. Partir de un conjunto inicial escaso de ítems podría dificultar 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 componentes teóricos 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, dando lugar a emociones negativas hacia un grupo y, en determinadas circunstancias, acompañando y dirigiendo conductas de distanciamiento y discriminación. En efecto, en la matriz de correlaciones casi todos los reactivos mostraron asociaciones moderadas, positivas y muy significativas con el

resto de los ítems. Si bien la discusión sobre el grado de relación que existe entre estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias excede el presente trabajo, un meta análisis realizado al respecto muestra que, si bien son constructos diferenciables, se encuentran relacionados y podrían ser codependientes (Schütz y Six, 1996). Estudios previos han desarrollado escalas similares y han hallado un patrón de resultados similar al reportado en el presente trabajo. Por ejemplo, Van Riel 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 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 acerca de la validez interna. En conjunto, explicaron un 54.4% de la varianza total. En lo concerniente a 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 aspecto se vincula con la estabilidad temporal del nivel de estigmatización hacia el VIH en CABA. La primera cuota muestral fue obtenida 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 de la variable objetivo. Entre la primera y segunda cuota muestral acontecieron las medidas de distanciamiento social

requeridas por 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 con relación a 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 cuando se compararon los grupos en función de su franja etaria. Los/as participantes de 18-29 años mostraron puntajes inferiores que los de 30-44 años, y estos últimos, exhibieron valores menores que los de 45-60 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 hacia el tema. Esto indica que la franja etaria puede asociarse a una variable de suma relevancia en relación a 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 menores niveles de estigmatización hallados en personas más jóvenes no responderían a que posean diferentes 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 instrucción hasta secundario incompleto presentaron puntajes promedio significativamente superiores al resto, mientras que los de niveles socioeconómicos más desfavorecidos (D1 y D2E) también mostraron valores superiores al resto de la muestra (el nivel de instrucción formal y el nivel socioeconómico se encuentran positivamente relacionados en nuestra muestra, 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 observaban menores niveles de estigmatización hacia el VIH. Probablemente, mayores recursos socioeconómicos y educativos se asocien a mayores conocimientos sobre el tema (e.g., vías de transmisión), lo que desalienta creencias incorrectas acerca de la transmisión del VIH (e.g., infecciones casuales por compartir utensilios) y esto, a su vez, aminora el miedo a 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 consiguieron profesar una religión pentecostal mostraron un promedio de puntaje en la BESE-VIH 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 también tuvieron niveles significativamente menores de instrucción formal y pertenecieron 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, nivel educativo y religión.

Finalmente, se halló que aquellos participantes que refirieron conocer al menos 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 al 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 a la transmisión casual y, en consecuencia, el rechazo y la distancia hacia las PVV. Otra posibilidad es que la proximidad por sí misma deteriore los mecanismos que sostienen la estigmatización, posiblemente deteriorando creencias estereotipadas, actitudes y respuestas emocionales negativas. Mayor proximidad a personas de grupos estigmatizados permite conocer sus vidas y experiencias personales, y contribuye a trascender los estereotipos grupales para conocer a sujetos particulares. Estudios que evaluaron el estigma relativo a distintos atributos han reportado que el contacto con personas con dicho atributo se asocia a menor estigmatización, lo que ha sido conceptualizado como hipótesis de contacto (Molero Alonso, 2007; Fuster et al., 2013).

Limitaciones y fortalezas del estudio. La principal limitación en la construcción de la BESE-VIH consistió en la reducida cantidad de reactivos iniciales. Probablemente, comenzar con un muestreo reducido de comportamientos indicativos del constructo dificultó hallar dimensiones subyacentes en el AFE. La razón por la cual se optó desde un principio por

emplear pocos reactivos estuvo vinculada a que el objetivo 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 con otros cuestionarios breves, para que las personas estuvieran dispuestas a participar el tiempo de toma debía ser muy acotado. Futuras investigaciones con recolección de datos *online* podrán explorar el comportamiento métrico de los 9 ítems presentados en conjunto con más reactivos. Esto permitirá evaluar nuevamente la solución factorial y aplicar también análisis factorial confirmatorio con el fin de corroborar empíricamente la estructura dimensional teórica propuesta por Earnshaw y Chaudoir. Sin embargo, la administración *online* suele conllevar limitaciones metodológicas que fueron salvadas en el presente trabajo, lo que constituye, como se detallará más adelante, una de sus principales fortalezas.

Entre dichas fortalezas, se cuenta el haber obtenido de forma simultánea buenos indicadores de validez interna y externa. Futuras investigaciones del equipo evaluarán 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 represente a la población de adultos residentes en CABA en cuatro variables sociodemográficas 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*, lo que requiere que el/la participante disponga de un ordenador y conexión a internet. Resulta crucial asegurar la representación muestral de los

mismos 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 será utilizada, considerando 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 con relación al 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 en la vía pública permitió repetir la consigna todas las veces que fuera necesario en los casos en que el/la participante no comprendía la misma. 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 proposiciones de los ítems que propone la escala Likert. Esto resulta particularmente importante cuando se desea que la evaluación del

constructo incluya a capas poblacionales con bajo nivel educativo. Además, la evaluación en persona 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, repercutiendo negativamente en su fiabilidad.

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 personas tienen sobre el tema. La estigmatización hacia el VIH tiene consecuencias a nivel de la salud y calidad de vida de las PVV y a nivel de salud pública, obstaculizando las acciones preventivas y asistenciales, al desalentar el testeo regular en población general. Cualquier diseño, monitoreo, evaluación y readecuación de políticas estructurales dirigidas a reducir en los niveles de 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 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/nqzfq/?view_only=78536805fa6e40f59c3963a9abf2a110

Referencias Bibliográficas

- Alaminos Chica, A. & Castejón Costa, J. L. (2006). *Elaboración, análisis e interpretación de encuestas, cuestionarios y escalas de opinión*. 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.
<https://doi.org/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 y L. Sanz Méndez (Eds.), *Conocer para transformar: Producción y reflexión sobre ciencia, tecnología e innovación en Iberoamérica* (pp. 35-53). Caracas: UNESCO-IESALC.
- Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Comité de ética (2006). *Lineamientos para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades* (Resolución No. 2857). Buenos Aires: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).
- 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 (2), s.p.
- Decreto 297/2020. Boletín Oficial.
<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. <http://dx.doi.org/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. <http://dx.doi.org/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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/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 Medición*, 6, 27-36. <http://dx.doi.org/10.32870/Ap.v9n2.993>
- Ferrando, P. J. Lorenzo-Seva, U. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: algunas consideraciones adicionales. *Anales de Psicología*, 30 (3), 1170-1175. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199991>
- Fundación Huésped (2012). *Percepciones y experiencias sobre estigma y discriminación en poblaciones trans, HSH, y usuarios de drogas*. Buenos Aires: Autor.
- Fuster, 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. <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.52>
- Genberg, B. L., Kawichai, S., Chingono, A., Sendah, M., Chariyalertsak, S., Konda, K. A. & Celentano, D. D. (2007). Assessing HIV/AIDS Stigma and Discrimination in Developing Countries. *AIDS and Behavior*, 12 (5), 772–780. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1002/eji.200737441>
- Grinsztejn, B., Housseinipour, M.C., Ribaud, H. J., Swindelles, S., Eron, J., Chen, Y. Q., Wang, L., Ou, S., Anderson, M., Mc Cauley, M., Mayer, K.H., Gamble, T., Kumarasamy, N., Hakin, J. G., Kumwenda, J., Pilotto, J. H., Godbole, S. V., Chariyalertsak, S., Melo, M. G.,... 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. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(13\)70692-3](http://dx.doi.org/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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2006.01583.x>
- INDEC (2010a). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-CensoProvincia-3-999-02-999-2010>
- Índice de Estigma y Discriminación hacia las Personas con VIH en Argentina 2.0, (2020). <https://www.ar.undp.org/content/argentina/es/home/library/poverty/IndiceEstigmaDiscriminacion.html>
- Jones, E. E., Farina, A., Hestorf, 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 (1), 141-51. <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. <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. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.127.2.187>
- Letshwenyo-Mauruatona, 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. <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). <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 experimental investigation. *Knowledge and Information Systems*, 10, 453–472. <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. <https://dx.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, 742–53. <https://doi.org/10.1080/09540120802511877>.

- Mandell, L. N., Rodriguez, V. J., De La Rosa, A., Abbamonte, J. M., Sued, O., Cecchini, D., Cassetti, I., Cahn, P., Weiss, S. M., Jones, D. L. & 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.
<https://doi.org/10.1007%2Fs10461-019-02526-4>
- Mandelbrot, L., Tubiana, R., Le Chenadec, J., Dollfus, C., Faye, A., Pannier, E., Warszawski, J. & Blanche, S. (2015). No Perinatal HIV-1 Transmission From Women With Effective Antiretroviral Therapy Starting Before Conception, *Clinical Infectious Diseases*, 61 (11), 1715–1725. <https://doi.org/10.1093/cid/civ578>
- 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.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019a). Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina, 36. <http://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-sobre-el-vih-sida-e-its-en-la-argentina-ndeg-36#:~:text=Este%20documento%20es%20una%20herramienta,A%C3%B1o%202019>
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019b). Boletín sobre las Hepatitis Virales en la Argentina, 1. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001592cnt-2019-10_boletin-hepatitis.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.
- Perez, E. R. & Medrano, L. A. (2010). Análisis Factorial Exploratorio: Bases Conceptuales y Metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2 (1), 58-66.
<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. *Psicodebate*, 17 (2), 7-24. <https://doi.org/10.18682/pd.v17i2.669>
- Rodger, A. J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., Degen, O., Corbelli, G. M., Estrada, V., Geretti, A. M., Beloukas, A., Raben, D., Coll, P., Antinori, A., Nwokolo, N., Rieger, A., Prins, J. M., Blaxhult, A., Weber, R., Van Eeden, A., Brockmeyer, N. H., ... 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. [https://doi.org/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., van Lunzen, J., Corbelli, G. M., Estrada, V., Geretti, A. M., Beloukas, A., Raben, D., Coll, P., Antinori, A., Nwokolo, N., Rieger, A., Prins, J. M., Blaxhult, A., Weber, R., Van Eeden, A., Brockmeyer, N. H., ... 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.
<https://doi.org/10.1001/jama.2016.5148>
- SAIMO (2020). Anticipo NSE. Primer Trimestre 2020.
<https://www.saimo.org.ar/archivos/anticipo-nse-primer-trimestre-2020.pdf>
- Schimmack, U. (2020). A meta-psychological perspective on the decade of replication failures in social psychology. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 61(4), 364–376. <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 (3y4), 441-462. [https://doi.org/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.
<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. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1164-1>
- UNAIDS (2019). Global AIDS Update. Ver en
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_en.pdf.
- Van Riel, A., Sengupta, S., Pungrassami, P., Balhithip Q., Choonuan, S., Kasetjaroen, Y., Strauss, R. P. & 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. <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. <https://doi.org/10.1007/s10461-007-9331-7>

ANEXO I

Dictamen del Comité de Ética para la Investigación Científica y Tecnológica de la Universidad Abierta Interamericana



DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA (CEICyT – UAI)

Título del proyecto: Estudio sobre conocimientos relativos al VIH-sida en población adulta de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y su relación con la estigmatización.

Director: Dr. Lucas Cuenya

Número: 0-1064

Fecha de Ingreso: 03-03-2021

APROBADO: 13-03-2021

SI ☒ X

NO

☐

Fundamento de la aprobación

El Comité de Ética, visto lo informado por la Comisión de Bioética y teniendo en cuenta la experticia de sus miembros integrantes en la materia que les compete decide aprobar por unanimidad el análisis del protocolo de investigación.

RECTORADO

CHACABUCO 90 1º PISO – CAPITAL FEDERAL – (C1088AAB) BUENOS AIRES – ARGENTINA
TEL/FAX: (54-11) 4342-7788 (Y ROTATIVAS) FAX: (54-11) 4342-7654
Filial USA: 4080 Pinta Court, Coral Gables – Florida, USA, 33146-1116
Página Web: www.uai.edu.ar E-mail: uai@vianeduc.edu.ar

Miembro de la Asociación Universitaria Iberoamericana de Postgrado



ANEXO II

Consentimiento Informado

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Se solicita su autorización para participar en una investigación cuyo propósito consiste construir un instrumento para la medición de los niveles de estigmatización hacia el VIH/sida en una muestra de población de adultos de la Ciudad Autónoma Buenos Aires.

La misma es dirigida por el Dr. Lucas Cuenya en el marco de un proyecto de la Universidad Abierta Interamericana (UAI) en conjunto con el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

Para llevar a cabo este trabajo solicitamos su colaboración, la cual es completamente anónima y voluntaria. La encuesta tiene una duración aproximada de 10 minutos, pero usted puede interrumpir la misma en cualquier momento que lo desee. La información recolectada será tratada de modo confidencial y únicamente será utilizada con fines de investigación académica, bajo compromiso de la más absoluta confidencialidad.

¡Muchas gracias por su participación!

ANEXO III

Baremo de los puntajes de la Breve Escala Sobre Estigmatización en VIH (BESE-VIH) en función de la franja etaria, a partir de una muestra representativa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de 400 individuos de población general.

Percentil	18-29 años	30-44 años	45-60 años
5	9.00	12.00	12.45
10	12.00	13.80	14.90
15	13.00	15.00	16.00
20	13.00	16.00	18.00
25	14.75	16.00	19.00
30	16.00	17.00	21.00
35	17.25	19.00	22.00
40	18.00	19.00	23.00
45	19.00	21.00	24.05
50	20.00	22.00	25.00
55	21.00	24.00	26.95
60	21.00	25.00	28.00
65	22.00	26.00	29.85
70	24.00	27.60	31.30
75	25.25	28.00	32.00
80	27.00	30.00	35.20
85	28.75	32.00	37.00
90	30.00	33.20	38.00
95	32.25	37.00	40.55

ANEXO IV

Cuestionario Sociodemográfico, Cuestionario sobre Conocimientos sobre VIH-sida, y
Breve Escala Sobre Estigmatización al VIH.

Nombre de Encuestador		Fecha	
Código = Iniciales del encuestador, fecha, número de encuesta			
Punto de toma			
Barrio de residencia del encuestado			

P1. Género ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario ☐ Otro 	P2. Edad
---	--

P3. Nivel máximo de instrucción formal	☐ Sin estudios - 1 ☐ Primaria incompleta - 2 ☐ Primaria completa - 3 ☐ Secundaria incompleta - 4 ☐ Secundaria completa - 5 ☐ Terciaria o universitaria incompleta - 6 ☐ Terciaria completa (con título) - 7 ☐ Universitaria completa (con título) - 8 ☐ Postgrado - 9
---	---

P4. ¿Cuál es su religión?	☐ Católica ☐ Evangélica ☐ Judía ☐ Islam ☐ Testigo de Jehová ☐ Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días ☐ Agnóstico/Ateo ☐ Otra religión
----------------------------------	---

P5. ¿Cuántas personas viven en su hogar, incluyéndolo a usted?		P6. ¿Cuántas de ellas tienen ingresos de algún tipo, tanto del trabajo personal como de otras fuentes? (becas, ayuda filiar, subsidios, rentas)	
---	---	--	---

P7. Las preguntas que siguen se refieren exclusivamente a la persona que más aporta para los gastos del hogar. Si hay dos o más aportantes, piense en la persona que más aporta.

¿Cuál es el máximo nivel de estudio que alcanzó la persona que más aporta?

- ☐ Sin estudios - 1 NSE1
- ☐ Primaria incompleta - 2 NSE1
- ☐ Primaria completa - 3 NSE2
- ☐ Secundaria incompleta - 4 NSE2
- ☐ Secundaria completa - 5 NSE3
- ☐ Terciaria o universitaria incompleta - 6 NSE3
- ☐ Terciaria completa (con título) - 7 NSE 4
- ☐ Universitaria completa (con título) - 8 NSE4
- ☐ Posgrado - 9 NSE4

P8. Actualmente, ¿esta persona está trabajando?

- ☐ Si, actualmente trabaja (P9a)
- ☐ No trabaja pero está buscando trabajo (desocupado) (P9b)
- ☐ No, es jubilado y/o pensionado (P11)
- ☐ No trabaja pero tiene otra fuente de ingresos (alquileres, becas, ayuda familiar, subsidio, renta) (P11)

P9a. Ocupados. El trabajo del principal aportante del hogar es...?

- ☐ Como DUEÑO o SOCIO de una empresa, estudio o comercio (de cualquier tamaño)
- ☐ EMPLEADO en algún organismo público o empresa privada de cualquier tipo o con una persona que le da trabajo
- ☐ Trabajando solo, por su cuenta, sin empleados

P9b. Desocupados. El último trabajo del principal aportante del hogar era...?

- ☐ Como DUEÑO o SOCIO de una empresa, estudio o comercio (de cualquier tamaño)
- ☐ EMPLEADO en algún organismo público o empresa privada de cualquier tipo o con una persona que le da trabajo
- ☐ Trabajando solo, por su cuenta, sin empleados

P10. EMPLEADOS. ¿Tiene personal a su cargo?

- ☐ Empleado con responsabilidades directivas, gerenciales, jefe o supervisor con personal a cargo
- ☐ Trabajador sin personal a su cargo

P11. TODOS. La persona que más aporta, tiene actualmente algún tipo de cobertura médica asegurada, una obra social o medicina prepaga, o se atiende en hospitales o con un profesional privado que busca en el momento?

- ☐ Si, tiene la cobertura de una obra social, mutual o medicina prepaga
- ☐ No, en caso de ser necesario se atiende en hospital público o con un profesional privado que busca en su momento

P12. ¿Conoce alguna persona con HIV? Si responde No ir a P14.

- ☐ Si
☐ No

P13. Su grado de cercanía o confianza con esa persona es:

- ☐ Muy baja
☐ Baja
☐ Mediana
☐ Alta
☐ Muy alta

P14. ¿A través de qué medio de comunicación accedió por última vez a información en relación al HIV-sida?

- ☐ TV
☐ Radio
☐ Páginas web
☐ Redes sociales
☐ Campañas en la vía pública
☐ Otro

P15. ¿Conoce la diferencia entre HIV y sida? Si responde No ir a P21

- ☐ Si
☐ No

El VIH (o HIV por sus siglas en inglés) es:

P16. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida

- ☐ Si
☐ No
☐ No sé

P17. El virus de inmunodeficiencia humana

- ☐ Si
☐ No
☐ No sé

P18. Es una infección de transmisión sexual

- ☐ Si
☐ No
☐ No sé

P19. Es la etapa avanzada o final del sida

- ☐ Si
☐ No
☐ No sé

P20. Es el virus que ataca el sistema inmunológico humano y que sin tratamiento puede provocar sida

- ☐ Si
☐ No
☐ No sé

¿Cuáles de las siguientes son vías de transmisión del HIV?

P21. Relación sexual (anal o vaginal) sin protección con preservativo o campo de latex

- ☐ Si
☐ No
☐ No sé

P22. Relación sexual oral sin protección con preservativo o campo de latex

- ☐ Si
☐ No
☐ No sé

P23. Transmisión de una madre con HIV a hijo/a durante la gestación o parto (transmisión vertical)

- ☐ Si
☐ No
☐ No sé

P24. Compartir utensilios con una persona con HIV

- ☐ Si
☐ No
☐ No sé

P25. Transmisión de una madre con HIV a hijo/a durante la lactancia

- ☐ Si
☐ No
☐ No sé

P26. Compartir un beso con una persona con HIV

- ☐ Si
☐ No
☐ No sé

P27. Compartir un mate con una persona con HIV

☐ Si

☐ No

☐ No sé

P29. Compartir un abrazo con una persona con HIV

☐ Si

☐ No

☐ No sé

P28. Compartir jeringas no esterilizadas con una persona con HIV

☐ Si

☐ No

☐ No sé

P30. ¿Conoce lo que es la Profilaxis Preexposición (PrEP)? Si responde NO, pasar a P31.

☐ Si

☐ No

P30b La PrEP consiste en tomar regularmente medicación que previene únicamente la infección por HIV

☐ Si

☐ No

☐ No sé

P30a. La PrEP consiste en tomar regularmente medicación que previene la infección por HIV y otras infecciones de transmisión sexual

☐ Si

☐ No

☐ No sé

P30c. Tomar una medicación por única vez para prevenir la infección por HIV

☐ Si

☐ No

☐ No sé

P31. ¿Conoce lo que es la Profilaxis Post exposición (Pep)? Si responde NO, pasar a P32.

☐ Si

☐ No

P31b. La Pep previene la infección por HIV y consiste en tomar medicación durante 28 días, a partir de dos semana luego de la situación de riesgo

☐ Si

☐ No

☐ No sé

P31a. La Pep previene la infección por HIV y consiste en una toma única de medicación durante las primeras 72 hs luego de la una situación de riesgo.

☐ Si

☐ No

☐ No sé

P31c. La Pep previene la infección por HIV y consiste en tomar medicación durante 28 días a partir de las primeras 72 hs luego de una situación de riesgo.

☐ Si

☐ No

☐ No sé

P32. ¿Ha escuchado y/o leído sobre Indetectable = Intransmisible?

☐ Si

☐ No

Según los estudios científicos, si una persona que tiene HIV toma diariamente su medicación, al cabo de unos meses la cantidad de virus en sangre es tan baja que los análisis no pueden detectarlo, por lo que se considera que la persona tiene carga viral indetectable. Que una persona con HIV conserve este estado implica que:

P33. Está curada del HIV

☐ Si

☐ No

☐ No sé

P34. No puede transmitir el virus por vía sexual.

☐ Si

☐ No

☐ No sé

P35. No puede transmitir el virus por ninguna vía.

☐ Si

☐ No

☐ No sé

P36. Puede transmitir el virus por vía sexual si tiene relaciones sin preservativo

☐ Si

☐ No

☐ No sé

P37. El HIV no podrá atacar su sistema inmunológico, por lo que tendrá un buen estado de salud

☐ Si

☐ No

☐ No sé

Cuestionario de Actitudes y Creencias de VIH-sida

Puntúe el grado de acuerdo con las siguientes frases, siendo 1 totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 de acuerdo y 5 totalmente de acuerdo.

	1	2	3	4	5
P38. Trabajaría con una persona con HIV	☐	☐	☐	☐	☐
P39. Tendría una relación sexual con una persona con HIV	☐	☐	☐	☐	☐
P40. Las personas con HIV han tenido malas costumbres	☐	☐	☐	☐	☐
P41. Tendría una relación de pareja con una persona con HIV	☐	☐	☐	☐	☐
P42. No me avergonzaría de tener un familiar con HIV	☐	☐	☐	☐	☐
P43. Evitaría contratar a una persona con HIV	☐	☐	☐	☐	☐
P44. Una persona con HIV es promiscua	☐	☐	☐	☐	☐
P45. Sentiría rechazo al tener que compartir utensilios con una persona con HIV	☐	☐	☐	☐	☐
P46. Compartiría un mate con una persona con HIV	☐	☐	☐	☐	☐
P47. El HIV es un problema solo de homosexuales	☐	☐	☐	☐	☐
P48. Siento miedo de tener relaciones sexuales con una persona con HIV	☐	☐	☐	☐	☐
P49. Evitaría que mis hijos/as estén bajo el cuidado de una persona con HIV	☐	☐	☐	☐	☐

Puntúe el grado de acuerdo con las siguientes frases, siendo 1 totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 de acuerdo y 5 totalmente de acuerdo. Considera que una persona con HIV debería comunicar su condición:

	1	2	3	4	5
P50. Antes de tener una relación sexual casual	☐	☐	☐	☐	☐
P51. En su ámbito laboral	☐	☐	☐	☐	☐
P52. En una entrevista laboral	☐	☐	☐	☐	☐
P53. A su pareja estable	☐	☐	☐	☐	☐
P54. A las personas con las que convive	☐	☐	☐	☐	☐