PSOCIAL
ISSN: 2422-619X
hugosimkin@sociales.uba.ar
Universidad de Buenos Aires
Argentina

Conocimiento sobre VIH-sida en población general de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y su vinculación con variables sociodemográficas

Contigiani, María Florencia; Sánchez López, Jorge Mario; Laurito, Micaela; Vergara, Albano; Lugo, Nancy; Cuenya, Lucas

Conocimiento sobre VIH-sida en población general de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y su vinculación con variables sociodemográficas
PSOCIAL, vol. 8, núm. 1, 2022
Universidad de Buenos Aires, Argentina
Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=672371222009

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Conocimiento sobre VIH-sida en población general de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y su vinculación con variables sociodemográficas

Knowledge about HIV-AIDS in the general population of the Autonomous City of Buenos Aires and its relationship with sociodemographic variables

Redalyc: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=672371222009

María Florencia Contigiani
Centro de Altos Estudios en Ciencias Sociales, Universidad Abierta Interamericana, Facultad de Psicología y Relaciones Humanas, Argentina
mflorenciaconti@gmail.com
https://orcid.org/0000-0003-1195-0979

Jorge Mario Sánchez López
Centro de Altos Estudios en Ciencias Sociales, Universidad Abierta Interamericana, Facultad de Psicología y Relaciones Humanas, Argentina
jorgemsanchez@outlook.com.ar
https://orcid.org/0000-0003-2224-3073

Micaela Laurito
Centro de Altos Estudios en Ciencias Sociales, Universidad Abierta Interamericana, Facultad de Psicología y Relaciones Humanas, Argentina
lauritomicaela@gmail.com
https://orcid.org/0000-0002-8505-8038

Albano Vergara
Universidad de Buenos Aires, Argentina
albano.vergara@gmail.com
https://orcid.org/0000-0002-2982-0235

Nancy Lugo
Centro de Altos Estudios en Ciencias Sociales, Universidad Abierta Interamericana, Facultad de Psicología y Relaciones Humanas, Argentina
nancynoemilugo@gmail.com
https://orcid.org/0000-0001-8960-6137

Lucas Cuenya
Centro de Altos Estudios en Ciencias Sociales, Universidad Abierta Interamericana, Facultad de Psicología y Relaciones Humanas, Argentina
CONICET, Argentina
lucascuenya@gmail.com
https://orcid.org/0000-0003-2650-8374

Recepción: 07/02/22
Aprobación: 04 Abril 2022

Resumen:

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La estigmatización ha signado la convivencia con el VIH. Esto repercute negativamente en la salud de las personas positivas e impacta en la población general puesto que, a través del miedo, se puede desalentar el testeo regular y la detección temprana de la infección. Uno de los principales componentes que sostienen la estigmatización es el bajo conocimiento sobre el VIH-sida. El objetivo del presente estudio es indagar el nivel de conocimiento sobre VIH-sida en población de jóvenes y adultos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y su relación con variables sociodemográficas. Se encuestó a 201 participantes de entre 18 y 60 años inclusive en un diseño muestral por cuotas, preservando la representatividad de la muestra en relación al sexo, edad, nivel de instrucción y nivel socioeconómico. Se advierte en los participantes un escaso nivel de conocimiento sobre la diferencia entre VIH y sida, la PrEP, la PEP y la intransmisibilidad del virus por vía sexual en personas con carga viral indetectable. Por el contrario, se observó mayor conocimiento sobre las vías de transmisión del virus. El género y la edad no se asociaron a diferentes niveles de conocimiento, mientras que los participantes con religión evangélica, un menor nivel de instrucción formal, o un menor nivel socioeconómico mostraron porcentajes inferiores de conocimiento en distintas variables relevadas. Estos resultados enfatizan la necesidad de ejecutar las prerrogativas de la Ley de Educación Sexual Integral en lo concerniente al acceso a información actualizada sobre sexualidad y prevención de infecciones de transmisión sexual.

Palabras clave: VIH, sida, conocimiento, estigma, CABA.

Abstract:

Stigmatization has marked the HIV pandemic, and has impacted negatively on the health of people living with HIV and overall population since fear may discourage regular testing and early detection. One of the main components that sustain stigmatization is the scarce knowledge about HIV-AIDS. The aim of this research is to analyze the level of knowledge about HIV-AIDS among the young and adult population dwelling in the Autonomous City of Buenos Aires, and its correlate with sociodemographic variables. 201 participants aged 18 through 60 years old were surveyed in a quota sampling design. The sample representativeness was preserved in relation to sex, age, education, and socioeconomic level. The results revealed that participants have a scarce knowledge about the difference between HIV and AIDS, PrEP, PEP, and the virus non-transmissibility through sexual intercourse with people with undetectable viral load. On the contrary, it was observed greater knowledge about the transmission routes of the virus. Gender and age were not associated with different levels of knowledge, while participants' religion, formal education level, and socioeconomic level are associated with lower percentages of knowledge in the different variables surveyed. These results emphasize the need to fully implement the prerogatives of the Act N°26.150 Comprehensive Sex Education - Argentina, regarding access to updated information on sexuality and prevention of sexually transmitted infections.

Keywords: HIV, aids, knowledge, stigma, CABA.

Introducción

En el 2021 se cumplieron 40 años del descubrimiento de personas afectadas por lo que en 1986 adoptaría el nombre de virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Desde aquel entonces, la humanidad ha convivido, sin cura ni vacuna, con una de las pandemias más destructivas: 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 sida[1] (UNAIDS, 2019). Según datos del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019a), se estima que en Argentina hay 139 mil personas viviendo con VIH, entre las que un 17% desconoce su diagnóstico. En congruencia con lo observado a escala global (UNAIDS, 2019), también en el país la tasa general por 100 mil habitantes ha presentado un leve descenso en los últimos años. Sin embargo, el conteo de nuevos diagnósticos anuales se mantiene en aproximadamente 5800. La transmisión por relaciones sexuales sin protección es la vía en más del 98% de los casos, mientras que la transmisión perinatal representa la mayoría de la proporción restante. A su vez, se estima que el 36.5% de los diagnósticos de VIH en nuestro país fueron en etapas avanzadas de la infección y que, en los últimos años, se contabilizaron aproximadamente 1500 muertes anuales provocadas por enfermedades oportunistas en fase sida.

El VIH es un retrovirus que pertenece a la familia de los lentivirus y se clasifica en dos tipos: VIH-1 y VIH-2. El VIH-1 es el causante principal de la pandemia mundial, mientras que el VIH-2 se encuentra preponderantemente confinado a zonas del África occidental y, aunque resulta menos patogénico y transmisible, también posee la capacidad de decantar en sida. El VIH infecta principalmente a las células inmunológicas linfocitos T CD4, cuya relevancia radica en que comandan un gran número de respuestas

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

inmunitarias, destruyéndolas de forma progresiva y empleando sus mecanismos metabólicos para producir nuevas copias virales (Delgado, 2011). El curso clínico de la infección puede describirse en tres grandes etapas. La primera fase es la infección aguda, la cual acontece inmediatamente después de la infección y puede presentar manifestaciones clínicas entre las 2 y 4 semanas, durante las que algunas personas presentan un cuadro con síntomas similares a un cuadro gripal (dolor de cabeza, fiebre, sudoración, cefalea) u otros síntomas como inflamación de ganglios linfáticos o diarrea. No obstante, se estima que en la mitad de los casos la primoinfección puede ser asintomática o bien pasar inadvertida, dada la alta inespecificidad de los síntomas (Pilcher et al., 2004). En la segunda fase, intermedia o latente, si bien el virus provoca una disminución progresiva de los linfocitos T CD4, el sistema inmunológico es capaz de compensar esta pérdida, por lo que las personas pueden permanecer sin síntomas ni signos clínicos entre 5 y 10 años. Finalmente, en personas sin acceso a tratamiento antirretroviral, la infección avanza a la fase sida o síndrome de inmunodeficiencia adquirida, en la cual las copias virales se multiplican exponencialmente y el conteo de linfocitos T CD4 cae por debajo de 200 cada mm3 de plasma. En esta situación, la persona queda expuesta a una gran cantidad de enfermedades oportunistas infecciosas u oncológicas (Palmieri, 2014).

El avance científico en los aspectos biomédicos de la infección ha configurado un cambio abrupto de su tratamiento y pronóstico a partir de la aparición en 1996 del TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad), el que combinando la administración de drogas antirretrovirales logra controlar la infección y la convierte en una condición crónica (Green, 2007). El control de la infección no sólo implica mantener una viremia residual con carga viral indetectable para los límites de detección de las pruebas de laboratorio (< 20 copias por ml), sino también una recuperación abrupta de los CD4 y el impedimento de la progresión a la fase sida (Delgado, 2011). Otro avance crucial consistió en descubrir no sólo que existía una relación negativa entre la carga viral y las posibilidades de transmisión del virus por vía perinatal (Connor et al., 1994), sino también que las personas con estado viral indetectable y adherencia al tratamiento tenían una probabilidad nula de transmisión por vía sexual (Grinsztejn et al., 2014; Rodger et al., 2016; Rodger et al., 2019). Además, estudios recientes muestran que madres con carga viral indetectable antes de la fecundación y que conservan este estado hasta el parto tampoco transmiten el virus de forma perinatal (Mandelbrot et al., 2015). 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 remover tanto los sentimientos de miedo y culpa que una persona con VIH podía sentir ante la posibilidad de causar daño a otros, como los sentimientos internalizados y eventos externos de estigma (Eisinger et al., 2019).

Los procesos psicosociales de estigmatización han signado la convivencia con este virus y han repercutido negativamente en la salud mental de las personas positivas, como lo evidencia su asociación con indicadores negativos como depresión, riesgo suicida o abuso de sustancias psicoactivas (Logie y Gadalla, 2009; Mandel et al., 2019) o escaso bienestar psicológico (Earnshaw et al., 2013). Pero también el estigma del VIH ha impactado negativamente en la población general puesto que, a través del miedo, puede desalentar el testeo regular y, en consecuencia, la detección temprana de la infección. Esta no es sólo importante para el tratamiento eficaz de la persona infectada, sino también como método de prevención, dado que si se logra el estado indetectable ya no es posible la transmisión por vía sexual.

Ogden y Nyblade (2005) han propuesto que uno de los principales componentes que sostienen los mecanismos de estigmatización, en diferentes culturas, es el bajo conocimiento sobre el VIH-sida. Esto, a su vez, repercute en un mayor nivel de temor al contacto y transmisión casual. El objetivo del presente estudio es indagar el nivel de conocimiento sobre VIH-sida en población general de jóvenes y adultos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y su relación con variables sociodemográficas. Para esto, se utilizó un diseño muestral por cuotas, considerando la representatividad muestral en lo relativo a cuatro variables sociodemográficas relevantes: sexo[2], edad, máximo nivel de instrucción formal y nivel socioeconómico.

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Metodología

Población y tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo transversal en el cual 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 efectuadas por el 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 201 personas en dos etapas de relevamiento, residentes de CABA, dentro de los cuales el 49.8% consignó un género masculino (n =100), el 49.3% femenino (n = 99), 0.5% no binario (n = 1) y 0.5% otros – mujer trans – (n = 1). Las edades quedaron comprendidas entre los 18 y 60 años inclusive, con un promedio de 37 años (DE = 12.38).

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico. Construido ad hoc para la presente investigación. Consistió en 11 preguntas cerradas. Se indagó el género ('Masculino', 'Femenino', 'No binario', 'Otros'), la edad en años, el nivel máximo de instrucción formal y la religión ('Católica', 'Evangélica', 'Judía', 'Islam', '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 para la presente investigación, consistió en 25 preguntas de respuesta cerrada. Se optó por construir un cuestionario para que las preguntas evaluaran el

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

conocimiento actualizado sobre el tema. El cuestionario fue consensuado en el equipo de trabajo, aunque se tomaron los aportes y sugerencias de jurados expertos en VIH-sida. La mayoría de las mismas se dirigieron a evaluar el conocimiento sobre distintos aspectos del tema: diferencia entre VIH y sida, vías de transmisión del virus, Profilaxis Pre-exposición (PrEP), Profilaxis Post-exposición (PEP) [3] , y conocimiento sobre la intransmisibilidad por vía sexual de una persona seropositiva con carga viral indetectable (I=I). Al preguntar sobre la diferencia entre VIH y sida, PrEP y PEP, si la persona reportaba no tener conocimiento sobre el tema, se omitían los ítems subsiguientes y se continuaba con el siguiente tópico. Cuando la persona reportaba conocer el tema, se evaluaba la comprensión cabal con 5 preguntas sobre la diferencia entre VIH y sida (ver contenido en Tabla 2), y con 3 preguntas sobre PrEP y 3 sobre PEP (ver contenido en Tabla 3). En el caso de I=I se inquirió si la persona había escuchado y/o leído sobre el tema. Con independencia de la respuesta, se leyó al participante el siguiente párrafo: "Según los estudios científicos, si una persona que tiene HIV[4] 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..." y luego se indagó su acuerdo con cinco afirmaciones (ver Tabla 3) con el fin de evaluar el grado de compresión de las implicancias de I=I. En todos los casos las opciones de respuesta fueron 'Si', 'No', 'No sé'.

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'), así como el medio de comunicación a través del cual accedió a información por última vez sobre el tema ('TV', 'Radio', 'Páginas web', 'Redes sociales', 'Campañas en la vía pública', 'Otro') (ver el contenido de las preguntas en la sección de Resultados).

Procedimiento

Diseño muestral. Cuasi-probabilístico por cuotas. El objetivo del mismo es 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. En el presente estudio se presentan las primeras dos etapas de relevamiento, con un total de 201 observaciones. El objetivo se dirige a respetar la distribución poblacional de CABA en cuatro variables sociodemográficas que pueden afectar el nivel de conocimiento sobre el VIH-sida: sexo, edad, nivel de instrucción formal y estrato socioeconómico. Se empleó como referencia de los estimadores poblacionales los datos del último censo del INDEC (2010b) 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 vía pública, principalmente parques-plazas y puntos-intersecciones con altos niveles de tránsito. Si bien el muestreo por cuotas es no probabilístico, permite asegurar la representatividad de la muestra en 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).

En el presente estudio se presentan los datos relevados en la primera (n = 100, febrero y marzo de 2020) y la segunda etapa de campo (n = 101, febrero y marzo de 2021). El tiempo transcurrido entre una y otra se debió a 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 alterar los datos en relación al conocimiento sobre el VIH-sida. Sin

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

embargo, no se hallaron asociaciones significativas entre los porcentajes en cada respuesta y la cuota muestral. Por esta razón, se analizaron los datos de los 201 participantes en conjunto.

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 de una encuesta breve, se le informó sobre el objetivo de la investigación, el nombre del investigador responsable y las instituciones dentro de las que se encuentra enmarcado el estudio, haciendo énfasis en que la toma podía ser interrumpida en cualquier momento y que el tratamiento de los datos sería de modo confidencial, con fines estrictamente investigativos. Luego de obtener el consentimiento informado verbal del participante, comenzaba la toma, que tenía una duración que oscilaba entre 5 y 10 min. 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. Se obtuvieron estadísticos descriptivos y se realizaron las pruebas de estadística inferencial a través del programa SPSS 21. Dada la naturaleza categórica de la mayoría de las variables relativas al conocimiento sobre VIH-sida, se empleó el X^2 de Pearson para el análisis de asociaciones. Según el criterio de Haberman (1978), se consideraron significativos los residuos tipificados corregidos que se encontraron por fuera del rango comprendido entre ±1.96. Para la comparación de grupos, se usaron las pruebas U de Mann Whitney y H de Kruskal-Wallis (con corrección de Bonferroni en las comparaciones posteriores a significaciones globales). El nivel de significación alfa se estableció en .05.

Resultados

Composición muestral

En la Tabla 1 se observan las frecuencias absolutas y porcentuales en relación a género, franja etaria, máximo nivel de instrucción formal y nivel socioeconómico. La tercer 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 y tipo de estudio). 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 (+8.5%) y una subrepresentación del estrato C2 (-8.9%).

Conocimiento sobre VIH-sida y aspectos asociadas

En primera instancia, la encuesta indagó si el participante conocía personalmente a alguien con VIH. La mayoría respondió negativamente (63.2%, n = 127). A los 74 individuos que respondieron afirmativamente

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

se les indagó su grado de cercanía con esa persona/s: el 21.6% reportó una cercanía muy baja (*n*= 16), el 16.2% baja (*n* = 12), el 25.7% mediana (*n* = 19), el 10.8% alta (*n* = 8) y el 25.7% muy alta (*n* = 19). A su vez, se preguntó por el medio de comunicación a través del cual el participante accedió por última vez a información relativa al VIH-sida. Un 29.4% (*n* = 59) consignó haber accedido a información por TV. Igual porcentaje obtuvo la categoría 'Redes sociales'. Tanto 'Páginas web' como 'Campañas en la vía pública' arrojaron porcentajes de 8.5% (*n* = 17) y, por detrás, el 4% (*n* = 8) por 'Radio'. El 13.4% restante optó por 'Otros' (muchos reportaron haber obtenido información en el hospital o en servicios de salud).

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

		N	*%*	*% muestral - % poblacional*
Género	Masculino	100	49.8	2.5
	Femenino	99	49.3	-3.5
	No binario	1	0.5	* No corresponde
	Otro	1	0.5	* No corresponde
Edad	18 a 29 años	68	33.8	4.5
	30 a 44 años	79	39.3	-0.4
	45 a 60 años	54	26.9	-4.1
Máximo nivel de instrucción formal	Hasta secundario incompleto	38	18.9	-3.0
	Secundario completo / Terciario-Universitario incompleto	93	46.3	-0.1
	Terciario-Universitario completo / Postuniversitario	70	34.8	3.1
Nivel socioeconómico	ABC1	50	24.9	8.5
	C2	50	24.9	-8.9
	C3	56	27.9	0.8
	D1	35	17.4	-1.7
	D2E	10	5.0	1.3

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

La Tabla 2 expone las frecuencias absolutas y porcentuales en relación al conocimiento sobre la diferencia entre VIH y sida. El 59.7% (*n* = 120) autorreportó no conocer la diferencia. El 40.3% restante (*n* = 81) fue indagado sobre cinco afirmaciones, a los fines de evaluar su conocimiento (de forma consecutiva, el patrón correcto de respuesta era: 'No', 'Si', 'Si', 'No', 'Si'). Sólo un 13.9% de la muestra (*n* = 28) pudo dar cuenta cabal de su conocimiento acerca de la diferencia entre VIH y sida, mientras que el restante 25.9% (*n* = 52) respondió incorrectamente alguno de los ítems.

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

TABLA 2
Frecuencias absolutas y porcentuales en conocimiento de diferencia de VIH y sida, y vías de transmisión del virus.

	n			%		
	Si	***No***	***No sé***	***Si***	***No***	***No sé***
¿Conoce la diferencia entre HIV y sida?	81	120	0	40.3	59.7	0
El VIH es:						
'El síndrome de inmunodeficiencia adquirida'	33	42	5	16.4	20.9	2.5
'El virus de inmunodeficiencia humana'	54	15	11	26.9	7.5	5.5
'Es una infección de transmisión sexual'	77	3	0	38.3	1.5	0
'Es la etapa avanzada o final del sida'	13	57	10	6.5	28.4	5.0
'Es el virus que ataca el sistema inmunológico humano y que sin tratamiento puede provocar sida'	68	4	8	33.8	2.0	4.0
¿Cuáles de las siguientes son vías de transmisión del HIV?						
'Relación sexual (anal o vaginal) sin protección con preservativo o campo de látex'	199	2	0	99.0	1.0	0
'Relación sexual oral sin protección con preservativo o campo de látex'	125	45	31	62.2	22.4	15.4
'Transmisión de una madre con HIV a hijo/a durante gestación o parto (transmisión vertical)'	135	28	38	67.2	13.9	18.9
'Compartir utensilios con una persona con HIV'	18	174	9	9.0	86.6	4.5
'Transmisión de una madre con HIV a hijo/a durante lactancia'	54	80	67	26.9	39.8	33.3
'Compartir un beso con una persona con HIV'	24	158	19	11.9	78.6	9.5
'Compartir un mate con una persona con HIV'	14	171	16	7.0	85.1	8.0
'Compartir jeringas no esterilizadas con una persona con HIV'	193	2	6	96.0	1.0	3.0
'Compartir un abrazo con una persona con HIV'	4	192	5	2.0	95.5	2.5

Al indagar sobre las vías de transmisión del VIH, se observa que casi la totalidad de la muestra (99%, *n* = 199) identificó correctamente las relaciones sexuales (anales o vaginales) sin protección como vías de transmisión del virus. Lo mismo ocurre con respecto a la transmisión por compartir jeringas no esterilizadas con alguien con VIH (96%, *n* = 193). Un porcentaje elevado identifica la transmisión vertical como una vía posible de infección (67.2%, *n* = 135), mientras que el 62.2% (*n* = 125) responde que el sexo oral sin protección puede ser una vía de transmisión. Tan sólo el 26.9% (*n* = 54) pudo identificar a la lactancia como un momento de transmisión potencial del VIH de la madre a su hijo/a. Los porcentajes de respuestas afirmativas en relación a la posibilidad de transmisión por compartir utensilios, un mate, un abrazo o un beso oscilaron entre el 2% y el 11.9% (ver Tabla 2). Con el fin de discriminar el porcentaje de participantes que comprendía cabalmente la diferencia entre las vías de transmisión del VIH y las de infecciones respiratorias (e.g., SARS-CoV-2) se analizaron en conjunto las respuestas sobre la posibilidad de transmisión del VIH por compartir un mate, un beso, un abrazo o utensilios con una persona seropositiva. El 74.6% (*n* = 150) de la muestra respondió de forma negativa a los cuatro ítems, mientras que el 25.4% (*n* = 51) no contestó correctamente alguno de los cuatro.

En la Tabla 3 se exponen las frecuencias absolutas y porcentuales relativas al conocimiento sobre la PrEP, la PEP e I=I. Solamente el 10% (*n* = 20) consignó conocer la PrEP y el 18.4% (*n* = 37) la PEP. Sólo el 2.5% (*n* = 5) respondió acertadamente los ítems para evaluar la comprensión de la PrEP (consecutivamente, respuestas

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

correctas: 'No', 'Si', 'No'). Los individuos con las tres respuestas correctas referidas al PEP (consecutivamente: 'No', 'No', 'Si') conformaron el 4% (n = 8) de la muestra.

En lo relativo a I=I, un 26.4% (n = 53) consignó haber escuchado o leído sobre el tema, mientras que el 73.6% (n = 148) restante autorreportó no tener ningún tipo de referencia al respecto. Luego de que el encuestador leyera un párrafo relativo a I=I (ver Instrumentos), se indagó el acuerdo con las cinco afirmaciones de evaluación (consecutivamente, respuestas correctas: 'No', 'Si', 'No', 'No', 'Si'). Sólo el 2% (n = 4) respondió acertadamente a las cinco afirmaciones.

Variables sociodemográficas y conocimiento sobre VIH-sida

A continuación, se reportarán las asociaciones y comparaciones que arribaron a la significación estadística o a una significación marginal ($p < .07$). El resto no fueron estadísticamente significativas.

Género. En la muestra sólo hubo una persona de género no binario y una mujer trans, por lo que se comparó al resto de la muestra (n = 199) en función de su género masculino o femenino. Al evaluar la asociación entre esta variable dicotómica y las variables relativas al conocimiento (diferencia entre VIH-sida, vías de transmisión, PrEP, PEP e I=I), no se halló ninguna significación estadística.

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

TABLA 3
Frecuencias absolutas y porcentuales en conocimiento sobre PrEP, PEP e I=I.

	n			*%*		
	Si	***No***	***No sé***	***Si***	***No***	***No sé***
¿Conoce lo que es la profilaxis preexposición (PrEP)?	20	180	-	10.0	89.6	-
'La PrEP consiste en tomar regularmente medicación que previene la infección por HIV y otras infecciones de transmisión sexual'	7	10	3	3.5	5.0	1.5
'La PrEP consiste en tomar regularmente medicación que previene únicamente la infección por HIV'	10	7	3	5.0	3.5	1.5
'Tomar medicación por única vez para prevenir la infección por HIV'	5	12	3	2.5	6.0	1.5
¿Conoce lo que es la profilaxis post exposición (PEP)?	37	164	-	18.4	81.6	-
'La PEP previene la infección por HIV y consiste en una toma única de medicación durante las primeras 72 hs luego de una situación de riesgo'	10	17	10	5.0	8.5	5.0
'La PEP previene la infección por HIV y consiste en tomar medicación durante 28 días, a partir de dos semanas luego de la situación de riesgo'	7	20	10	3.5	10.0	5.0
'La PEP previene la infección por HIV y consiste en tomar medicación durante 28 días, a partir de las primeras 72 hs luego de la situación de riesgo'	21	3	13	10.4	1.5	6.5
¿Ha escuchado y/o leído sobre indetectable = intransmisible?	53	148	-	26.4	73.6	-
'Está curada del HIV'	4	158	39	2.0	78.6	19.4
'No puede transmitir el virus por vía sexual'	41	99	61	20.4	49.3	30.3
'No puede transmitir el virus por ninguna vía'	13	124	64	6.5	61.7	31.8
'Puede transmitir el virus por vía sexual si tiene relaciones sin preservativo'	130	23	48	64.7	11.4	23.9
'El HIV no podrá atacar su sistema inmunológico, por lo que tendrá un buen estado de salud'	84	45	72	41.8	22.4	35.8

Edad. Se compararon las edades de los participantes que autorreportaron conocer o no conocer la diferencia entre VIH-sida, la PrEP y la PEP. En ninguno de los contrastes se hallaron diferencias significativas. Sólo se halló una significación marginal al comparar los que reportaron haber oído o leído sobre I=I en comparación con los que no: mientras que la mediana en los primeros fue de 32 años, en los segundos fue de 37 años, $U = 3224$, $p < .06$. Existe la posibilidad que esta diferencia en la edad entre ambos grupos se deba a que los participantes más jóvenes tuvieran un mejor nivel de instrucción formal. Si bien las edad y el máximo nivel de instrucción formal en esta muestra no muestran una correlación significativa ($r_s = .042$, $p < .56$), esto no implica que ambas variables no se encuentren relacionadas de ningún modo. Se compararon tres categorías conformadas por el nivel de instrucción: Bajo (hasta secundario completo) vs Medio (secundario completo a universitario incompleto) vs Alto (terciario – universitario completo o más). Los grupos difirieron significativamente en sus edades, X^2 (2) = 18.181, $p < .001$, siendo los de instrucción

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Alta más jóvenes que los de instrucción Media, $U = 1962$, $p < .001$. No se observaron diferencias significativas entre el resto de las comparaciones.

Religión. Dada la gran cantidad de valores en la variable religión, se optó por realizar los análisis agrupando a los participantes en tres categorías: 'No religiosos' (agnósticos y ateos), 'Evangélicos' y 'Otras religiones'. El motivo por el que se desagregó a los evangélicos del resto de las personas religiosas residió en que, según observaciones de nuestro equipo, este grupo presenta un comportamiento promedio diferenciable en algunas variables de interés (por ejemplo, estigmatización en relación al VIH-sida – datos no publicados –).

Se halló una asociación marginalmente significativa entre la variable religión y la condición de autorreportar conocer o no la diferencia entre VIH y sida, X^2 (2) = 5.405, $p < .07$. Entre los no religiosos el porcentaje que reportó conocer la diferencia fue de 50.7% (residuo tipificado = 2.3), mientras que entre los evangélicos fue de 31.8%, y entre los participantes con otras religiones fue de 34.6%. La religión también se asoció con la condición de responder que el VIH es o no es una infección de transmisión sexual, X^2(2) = 13.444, $p < .01$. En el caso de los no religiosos el 97.4% respondió afirmativamente, en el caso de los sujetos con otras religiones el 100%, mientras que en los evangélicos, el porcentaje fue 71.4% (residuos tipificados = -3.6). Se halló una asociación significativa con el ítem que indagó sobre la posibilidad de adquirir VIH compartiendo utensilios con alguien seropositivo, X^2 (4) = 16.552, $p < .01$. Mientras que el 93.3% de los no religiosos y el 86.5% de los sujetos con otras religiones respondieron negativamente, el porcentaje descendió a 63.6% entre los evangélicos (residuos tipificados = -3.3). Lo mismo ocurre cuando se indagó sobre la posibilidad de transmisión al dar un beso a una persona con VIH, X^2 (4) = 9.853, $p < .05$. Mientras respondieron que no es una vía posible de transmisión el 80% de los no religiosos y el 82.7% de los sujetos con otras religiones, el porcentaje desciende a 54.5% entre evangélicos (residuos tipificados = -2.9). Se observa el mismo patrón al indagar si compartir un mate puede ser una vía de transmisión, aunque en este caso la asociación entre variables arrojó una significación marginal, X^2 (4) = 9.272, $p < .06$. Mientras respondieron que no es una vía posible de transmisión el 86.7% de los no religiosos y el 88.1% de los sujetos con otras religiones, el porcentaje desciende a 63.6% entre evangélicos (residuos tipificados = -3). En conjunto, estos datos sugieren que los evangélicos presentaron un peor nivel de conocimiento en relación al VIH-sida que el resto de la muestra. En este sentido, resulta importante señalar que los evangélicos mostraron un peor nivel de instrucción formal y un menor nivel socioeconómico en comparación al resto de los grupos, $ps < .02$.

Nivel de instrucción formal y nivel socioeconómico. Los cruzamientos entre estas variables y el conocimiento sobre VIH-sida se presentan en un apartado conjunto dado que estas variables muestran una correlación moderada y significativa en la muestra, $r_s = .525$, $p < .001$. Se presentan las comparaciones de los grupos definidos por sus respuestas en las variables relativas al conocimiento.

En cuanto a la diferencia entre VIH y sida, se halló que los grupos separados en función de su conocimiento difirieron significativamente en el nivel de instrucción formal, X^2 (2) = 9.242, $p < .02$, mientras que las diferencias no llegaron a la significación en cuanto al nivel socioeconómico, X^2 (2) = 5.023, $p < .09$. Específicamente, se halló que aquellos que comprendían cabalmente la diferencia (i.e., respondieron correctamente a los cinco ítems de evaluación) tuvieron un nivel de instrucción significativamente superior que los autorreportaban tener el conocimiento pero no pudieron responder correctamente los ítems, $U = 455.5$, $p < .01$, y que aquellos que autorreportaron no conocer la diferencia, $U = 1115$, $p < .01$.

Se hallaron diferencias en el nivel de instrucción formal al comparar grupos en función de sus respuestas sobre la posibilidad de transmisión por compartir utensilios, X^2 (2) = 10.306, $p < .01$, un beso, X^2 (2) = 6.093,

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

$p < .05$, o un mate, X^2 (2) = 8.017, $p < .02$, observándose mayor instrucción formal en los que respondieron 'No' con respecto a los que consignaron 'No sé'. En el caso de compartir utensilios esta diferencia fue significativa $U = 386$, $p < .03$. Sin embargo, las diferencias no llegaron a la significación en el ítem sobre compartir un beso, $U = 1054$, $p < .1$, o compartir mate, $U = 907.5$, $p < .07$.

Los que autorreportaron haber leído o escuchado sobre I=I presentaron un mayor nivel de instrucción formal, $U = 3025.5$, $p < .02$. Si bien no se hallaron diferencias significativas al comparar los que pudieron dar cuenta cabal de las consecuencias de I=I con respecto a los que no acertaron en los ítems de evaluación, probablemente se deba a que el primer grupo quedó compuesto sólo por 4 participantes. El mismo patrón de resultados se halló en relación al nivel socioeconómico: aquellos que reportaron haber leído o escuchado sobre I=I presentaron un valor significativamente superior, $U = 3077.5$, $p < .02$.

Cercanía personal. Finalmente, se compararon los participantes que consignaron conocer personalmente a alguien con VIH ($n = 74$, 36.8%) con respecto a los que no ($n = 127$, 63.2%). Ambos grupos no difirieron en edad, nivel de instrucción formal, ni en nivel socioeconómico. En numerosas variables, aquellos que consignaron conocer al menos una persona con VIH mostraron un mejor grado de conocimiento que el resto, mostrando porcentajes más elevados de respuestas correctas.

En primer lugar, el 54.1% de los que sí conocía a alguien seropositivo consignó conocer la diferencia entre VIH y sida, mientras que este porcentaje desciende a 32.3% entre el resto, X^2 (1) = 9.211, $p < .01$ (residuos tipificados = 3). Los que conocen a alguien seropositivo consignaron conocer la PEP en un mayor porcentaje (27%) en comparación a los que no conocen a nadie con VIH (13.4%), X^2 (1) = 5.793, $p < .02$. Finalmente, entre los que sí conocen a alguien viviendo con VIH el 40.5% consignó haber escuchado o leído sobre I=I, mientras que este porcentaje desciende a 18.1% entre los que no conocen a ninguna persona en esa condición, X^2 (1) = 12.116, $p < .001$ (residuos tipificados = 3.5).

Discusión

Conocimiento sobre VIH-sida

Los datos no se vieron modificados en función del momento de relevamiento. Esto reviste interés dado que los mismos fueron recogidos en febrero y marzo de 2020 y 2021. En el período intermedio, los habitantes de CABA vivieron la primera ola de la pandemia del SARS-CoV-19, las medidas de restricción de movilidad y un alto nivel de exposición a información relativa a patógenos e infecciones. Sin embargo, los datos de nuestra muestra no sugieren que tal experiencia haya incidido en el nivel de conocimiento sobre el VIH.

Se observó un desconocimiento mayoritario sobre la diferencia entre VIH y sida (59.7%), mientras que sólo una proporción minoritaria (13.14%) pudo dar cuenta cabal de la misma al ser evaluada. También se advirtió un muy bajo nivel de conocimiento sobre métodos alternativos de prevención al preservativo como la PrEP y la PEP: en ambos casos, el autorreporte de conocimiento se situó por debajo de los 20 puntos porcentuales. Nuestros datos sobre el nivel de conocimiento acerca de la existencia de la PEP resultan considerablemente más bajos a los reportados recientemente en otro estudio, en el que hallaron que un 75% de los encuestados conocían este método de prevención (Asociación Ciclo Positivo, 2020). Sin embargo, el citado estudio fue realizado en una muestra incidental no probabilística en participantes de diferentes localidades de Argentina, recolectando los datos por encuestas online y distribuidas a través de redes sociales por una asociación que se ocupa de divulgar información relativa a la prevención de ITS. Muy probablemente, el sesgo de selección en esa muestra sobrerrepresentó sujetos con un buen nivel de acceso a la información y un alto grado de interés por el tema.

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

En lo concerniente a I=I, sólo un 26.4% de los participantes de nuestra muestra consignó haber leído o escuchado sobre el tema. Aún luego de que los participantes escucharan un pequeño extracto de información al respecto, sólo el 2% pudo dar cuenta cabal de sus implicancias. En lo concerniente a las vías de transmisión del VIH se observó un mejor nivel de conocimiento (en comparación con las otras variables): el 74.6% identificó a la perfección que el VIH, a diferencia de infecciones respiratorias como el SARS-CoV-2, no se transmite por compartir utensilios, mate, abrazos o besos. Por su parte, más del 96% de la muestra identificó correctamente como vías de transmisión a las relaciones sexuales vaginales o anales sin protección y a compartir jeringas sin esterilizar. Sin embargo, el porcentaje de personas que autorreporta no conocer la respuesta aumenta cuando se indaga sobre el sexo oral, lactancia y transmisión vertical como vías de transmisión del VIH.

Conocimiento sobre VIH-sida y variables sociodemográficas

El género y edad no mostraron asociaciones sustantivas con casi ninguna de las variables relevadas. Por el contrario, se halló que los participantes evangélicos presentaron un peor nivel de conocimiento que el resto de la muestra. Si bien estos datos sugieren un vínculo entre el tipo de práctica religiosa y los conocimientos y creencias en torno al VIH-sida, no se puede descartar que sea una relación espuria. Los evangélicos tuvieron un menor nivel educativo y pertenecieron a estratos socioeconómicos más bajos que el resto de la muestra. Puede que el vínculo entre la práctica religiosa y el conocimiento sobre VIH-sida refleje un menor acceso educativo general de este subgrupo, dado que también se hallaron asociaciones entre peor grado de conocimiento y menor instrucción formal.

Conocimiento sobre VIH-sida y estigmatización

Ogden y Nyblade (2005) señalaron que el bajo conocimiento sobre VIH-sida es uno de los principales componentes que sostienen la estigmatización en diferentes culturas. Datos no publicados de nuestro equipo arrojan un lazo entre peores niveles de conocimiento sobre las variables reportadas y mayor estigmatización. Probablemente, el mejor acceso a información relevante, como I=I o la existencia de la PEP, disminuya el miedo y percepción de riesgo en relación al VIH-sida y, en consecuencia, los comportamientos de distanciamiento hacia personas positivas. Nuestras investigaciones actuales se dirigen a corroborar en una muestra más numerosa dichas hipótesis.

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. Link y Phelan (2001, 2006) definen al estigma como la ocurrencia en simultáneo de la distinción y etiquetado de una diferencia; estereotipado a través de la asociación de esa característica con atributos indeseables conforme al contexto social; separación de un "ellos" y un "nosotros"; y, finalmente, algún grado de pérdida de estatus y discriminación o segregación. 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, dado que una de las funciones sociales y evolutivas del estigma radicaría en la evitación de una consecuencia indeseada, en este caso la infección y potencial enfermedad (Jones et al., 1984; Kurzban y Leary, 2001). También contribuyó a la conformación del estigma 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). Earnshaw y Chaudoir (2009), en el contexto del estigma por VIH en personas seropositivas, distinguen el estigma experimentado (experiencias de discriminación o exclusión), el estigma internalizado (aceptación y adopción de creencias negativas,

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

acompañados de sentimientos de vergüenza o culpa), y el estigma anticipatorio (temor o expectativa de que se experimentará discriminación futura). Estudios recientes en Argentina mostraron un predominio de las formas internalizadas y anticipatorias del estigma por sobre las externas (Fundación Huésped, 2012; Raduzky et al., 2018). A su vez, en otro trabajo el 17% de personas con VIH 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).

Sin embargo, no hay datos actualizados sobre los niveles de estigmatización local en población no infectada. El modelo de Earnshaw y Chaudoir propone que los mecanismos del estigma en personas no infectadas se manifiestan por tres componentes diferenciables: prejuicio (emociones y sentimientos negativos como miedo, disgusto o bronca a las personas con VIH), estereotipos (creencias sobre las personas con VIH) y discriminación (manifestaciones conductuales de perjuicio a personas con VIH). El sostenimiento de altos niveles de estigma puede desalentar el testeo en población general por miedo a un resultado positivo. También, los estereotipos rígidos en relación a las características asociadas a personas positivas pueden deteriorar el acceso a la evaluación en otros grupos, como en los mayores de 50 años (e.g., Levy-Dweck, 2005), una franja etaria que ha presentado un aumento en su tasa de incidencia en los últimos años en nuestro país (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019).

Implicancias del estudio

En conjunto, estos datos enfatizan la necesidad de reforzar el acceso a la información en aspectos relevantes sobre el VIH-sida en población general de jóvenes y adultos de CABA. Resulta alarmante el alto nivel de desconocimiento de métodos de prevención alternativos que ya se encuentran aprobados en nuestro país y disponibles en CABA, como lo es la PEP. Promover el conocimiento sobre su existencia y accesibilidad también podría alentar a que víctimas de violación sexual acudan al sistema de salud en búsqueda de ayuda para disminuir los daños.

Como aspecto positivo, en los participantes de nuestra muestra el acceso a la información mejoró conforme los participantes mostraron mejor nivel educacional. Esto enfatiza la necesidad de utilizar a las instituciones educativas durante la infancia y adolescencia para asegurar el acceso a información actualizada que propicie comportamientos de autocuidado y prevención de ITS, tal como establece la Ley de Educación Sexual Integral (Ley N° 26150, 2006). Otro dato de nuestro estudio sugiere que los canales formales de comunicación estarían infrautilizados: conocer al menos una persona con VIH fue una de las condiciones que mejor se asoció al conocimiento adquirido acerca de la diferencia entre VIH y sida, PEP e I=I. Esto sugiere que, dentro de las personas con buen grado de conocimiento en nuestra muestra, probablemente una proporción considerable haya obtenido la información no por medio de instituciones educativas, campañas públicas o medios masivos de comunicación, sino por la interacción directa con una persona seropositiva. Este panorama refuerza la necesidad de robustecer las campañas públicas sobre la temática. En este sentido, los datos de este estudio señalan a las redes sociales y la televisión como los medios de comunicación que probablemente cuenten con mayor alcance.

Fortalezas y limitaciones del estudio

El presente trabajo se encuentra inserto en un estudio macro cuyo objetivo es, por medio de un muestreo por cuotas, alcanzar la representatividad muestral en relación a la edad, sexo, nivel educativo y nivel socioeconómico. Si bien las proporciones que se hallaron, en la mayoría de las variables, fueron cercanas a las estimaciones poblacionales, nuestra muestra arroja una sobrerrepresentación de participantes de nivel socioeconómico ABC1 y una subrrepresentación del nivel C2. También se pudo observar una

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ligera sobrerrepresentación de los sujetos con nivel de instrucción terciaria o universitaria completa, y de participantes de hasta 30 años en detrimento de los mayores de 44 años. Se proyecta mejorar estos diferenciales en las siguientes cuotas muestrales, resituando los puntos de relevamiento. Posiblemente, cuando se incorpore un mayor porcentaje de participantes de menor nivel de instrucción y socioeconómico los guarismos relativos al acceso al conocimiento tiendan a empeorar. Por esto, la conclusión general del trabajo, según la cual se advierten niveles bajos de conocimiento sobre el tema en población general de CABA, no se vería alterada.

Por otro lado, el tamaño muestral de 201 participantes no permitió realizar análisis multivariados para ponderar el pesaje relativo de las asociaciones entre variables sociodemográficas con el nivel de conocimiento. Esto resulta de interés al trabajar con características correlacionadas entre sí (e.g., nivel socioeconómico, nivel de instrucción formal y religión). La incorporación de las subsiguientes cuotas muestrales incrementará el tamaño de la muestra y permitirá el estudio desagregado de los predictores estadísticos de distintos niveles de conocimiento. Finalmente, para la realización del diseño muestral se circunscribió el estudio a residentes de CABA. Futuras investigaciones del equipo compararán los resultados con datos de otras localidades utilizando la misma encuesta. Considerando que CABA posee niveles de instrucción formal por encima del promedio nacional (INDEC, 2014), probablemente los resultados no sean más alentadores a los presentados.

Como principal fortaleza puede señalarse que el estudio no desdeña un aspecto habitualmente descuidado en las investigaciones psicosociales: la representatividad de la muestra. Este tipo de desatenciones metodológicas han contribuido a una creciente crisis de replicabilidad en las ciencias sociales (Schimmack, 2020). En efecto, no hallamos diferencias entre la primera cuota muestral y la siguiente en las variables analizadas, lo que indica la estabilidad del fenómeno en cuestión y la replicabilidad de los resultados reportados.

Conclusión

Luego de cuarenta años de pandemia de VIH, se advierte en los sujetos de nuestra muestra un bajo conocimiento general sobre aspectos vinculados al VIH-sida en CABA. Estos resultados enfatizan la necesidad de ejecutar las prerrogativas de la Ley de Educación Sexual Integral en lo concerniente al acceso a información actualizada sobre sexualidad y prevención de ITS. Especialmente llama la atención el bajo conocimiento sobre métodos alternativos de prevención disponibles en CABA, como la PEP, así como el bajo conocimiento y muy pobre comprensión de I=I. Reforzar la divulgación a través de diferentes canales de comunicación tendría consecuencias positivas para la salud tanto de la población infectada como no infectada. Para los primeros, disminuiría la percepción de riesgo y el miedo, y con ello, probablemente los niveles de estigmatización y discriminación. Para los segundos, incentivaría las conductas de autocuidado como el testeo regular y el empleo de métodos alternativos de prevención.

Referencias

Alaminos Chica, A., y Castejón Costa, J. L. (2006). *Elaboración, análisis e interpretación de encuestas, cuestionarios y escalas de opinión*. Marfil.

Asociación Ciclo Positivo (2020). VIH & COVID. Encuesta sobre barreras de acceso a la salud para personas con VIH y poblaciones clave durante el ASPO en Argentina. https://ciclopositivo.org/wp-content/uploads/2020/09/CP_INFORME_170920.pdf

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). UNESCO-IESALC.

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Connor, E. M., Sperling, R. S., Gelber, R., Kiselev, P., Scott, G., O'Sullivan, M. J, Vandyke, R., Bey, M., Shearer, G., Jacobson, R. L., Jiménez, L., O´Neil, E., Bazin, B., Delfraissy, J. F., Culnane, M., Coombs, R., Elkins, M., Moy, J., Straton, P., y Balsley, J. (1994). Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovuline treatment. *The New England Jorunal of Medicine*, 331(18), 1173-1180. https://doi.org/10.1056/NEJM199411033311801

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., y 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., y 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., y 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

Fundación Huésped (2012). Percepciones y experiencias sobre estigma y discriminación en poblaciones trans, HSH, y usuarios de drogas. Autor.

Goffman, E. (1963). Estigma. La identidad deteriorada. 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

Grinsztein, B., Housseinipour, M. C., Ribaudo, 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.

Haberman, S. J. (1978). Analysis of Qualitative Data. Academic Press.

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

INDEC (2010a). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-CensoProvincia-3-999-02-999-2010

INDEC (2010b). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-CensoProvincia-2-999-02-999-2010

INDEC (2014). Tasas de promoción efectiva por nivel de educación, por provincia. Total del país. Años 2007-2014. https://www.indec.gob.ar/indec/web/Institucional-Indec-IndicadoresSociodemograficos

Kurzban, R., y 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

Ley N.° 26150 Educación Sexual Integral. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 23 de octubre de 2006.

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

Levy-Dweck, S. (2005). HIV/AIDS fifty and older: a hidden and growing population. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(2), 37–50. https://doi.org/10.1300/J083v46n02_04

Link, B. G., y Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology,* 27, 363-385. https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363

Link, B. G., y Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *The Lancet,* 367 (9509), 528–529. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68184-1

Logie, C., y 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.

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Mandell, L., Rodríguez, V. J., De La Rosa, A., Abbamonte, J. M., Sued, O., Cecchini, D., Cassetti, I., Cahn, P., Weiss, S. M., Jones, D. L., y COPA Study Group. (2019). Suicidal Ideation Among Adults Re-engaging in HIV Care in Argentina. *AIDS and Behavior*, 23(6), 3427-3434. https://dx.doi.org/10.1007%2Fs10461-015-1037-7

Mandelbrot, L., Tubiana, R., Le Chenadec, J., Dollfus, C., Faye, A., Pannier, E., Warszawski, J., y 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

Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019a). Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina, 36. https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-sobre-el-vih-sida-e-its-en-la-argentina-ndeg-36

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

Murnane, P. M., Celum, C., Mugo, N., Campbell, J. D., Donnell, D., Bukusi, E., Mujugira, A., Tappero, J., Kahle, E.M., Thomas, K. T., y Baeten, J. M. (2014). Efficacy of pre-exposure prophylaxis for HIV-1 prevention among high risk heterosexuals: subgroups analyses from Partners PrEP Study. *AIDS*, 27(13), 2155-2160. https://dx.doi.org/10.1097%2FQAD.0b013e3283629037

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

Palmieri, O. J. (2014). Compendio de Infectología. Atlante.

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

Pilcher, C. D., Eron, J. J., Galvin, S., Gay, C., y Cohen, M. S. (2004). Acute HIV revisited: new opportunities for treatment and prevention. *The Journal of Clinical Investigation,* 113(12), 937-945. https://dx.doi.org/10.1172/JCI21540.

Radusky, P. D., Zalazar, V., Aristegui, I., Sued, O., y 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.

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

UNAIDS (2019). Global AIDS Update. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_en.pdf.

Young, T., Arens, F. J., Kennedy, G. E., Laurie, J. W., y Rutherford, G. W. (2007). Antiretroviral post-exposure prophylaxis (PEP) for occupational HIV exposure. *Cochrane database*, 24. https://doi.org/10.1002/14651858.CD002835.pub3

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Notas

[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 31/05/2022.

[2] Si bien en la encuesta elaborada se indagó por la variable género ('masculino', 'femenino', 'no binario', 'otro'), el diseño muestral fue realizado conforme a la variable sexo puesto que es la empleada por el INDEC y no se dispone de datos censales relativos al género.

[3] La PrEP consiste en la toma diaria de antirretrovirales con el fin de prevenir la infección en personas sin VIH, mientras que la PEP consiste en la prevención de la infección a través de la toma de antirretrovirales desde antes de las 72 hs posteriores a una exposición de riesgo y por un total de 28 días como mínimo. Ambos métodos han mostrado ser altamente efectivos para la prevención de la infección (e.g., Murnane et al., 2014; Young et al., 2007).

[4] En la escala se empleó el acrónimo en inglés HIV en lugar de su correspondiente en castellano VIH dado que el primero es de utilización más frecuente en público general de Argentina.

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto