

Escala de Creencias Culturales sobre el Test de VIH (ECC-Test): Desarrollo y Validación en Jóvenes Chilenos

HIV Testing Cultural Beliefs Scale (ECC-Test): Development and Validation in Chilean Youth

Mauro P. Olivera¹, Natalia Salinas-Oñate² y Diego Manríquez-Robles³

Resumen

Las bajas cifras de testeo de VIH a nivel internacional han motivado llamados a considerar factores culturales y estructurales que pudieran estar implicados en este fenómeno. Esta investigación se propuso desarrollar y validar un instrumento para medir creencias culturales sobre el test de VIH en jóvenes chilenos. Primero, se realizaron entrevistas semiestructuradas a 50 universitarios, con el fin de identificar las creencias culturales relevantes para testeo. Posteriormente, se diseñó la Escala de Creencias Culturales sobre el Test de VIH (ECC-Test) y se evaluaron sus propiedades psicométricas en una muestra de 322 universitarios. Los análisis evidenciaron una estructura de tres factores con adecuada consistencia interna, reflejando las creencias asociadas a la realización, no realización y consecuencias sociales del testeo. La ECC-Test, de aplicación sencilla, constituye un instrumento con evidencia de validez y confiabilidad para investigar la relación entre variables culturales, procesos psicológicos y conducta de testeo de VIH.

Palabras clave: Test de VIH, cultura, estudiantes universitarios, propiedades psicométricas, estudio mixto

Abstract

The low rates of HIV testing internationally have led to calls for consideration of the cultural and structural factors that may be involved in this phenomenon. This research aimed to develop and validate an instrument to measure cultural beliefs about HIV testing among young Chileans. First, semi-structured interviews were conducted with 50 university students to identify cultural beliefs relevant to testing. Then, the Scale of Cultural Beliefs about HIV Testing (*Escala de Creencias Culturales sobre el Test de VIH*; ECC-Test) was developed and its psychometric properties were evaluated in a sample of 322 university students. Analyses revealed a three-factor structure with adequate internal consistency, reflecting beliefs associated with taking the test, not taking the test, and the social consequences of testing. The ECC-Test, which is easy to administer, is an instrument with demonstrated validity and reliability for investigating the relationship between cultural variables, psychological processes, and HIV testing behavior.

Keywords: HIV test, culture, university students, psychometric properties, mixed-methods study

¹Doctor en Psicología. Doctorado en Psicología, Universidad de La Frontera, Av. Francisco Salazar #01145, Temuco, Chile. Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales y Comunicaciones, Universidad Santo Tomás, Manuel Rodríguez #060, Temuco, Chile. Correo: molivera.delrio@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5592-0566> (Autor de correspondencia).

²Doctora en Psicología. Departamento de Psicología, Universidad de La Frontera, Av. Francisco Salazar #01145, Temuco, Chile. Tel.: +56 45 2325616. Correo: natalia.salinas@ufrontera.cl. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6451-4965>

³Magíster en Psicología. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Temuco, Manuel Montt #056, Temuco, Chile. Correo: dmanriquezrobles@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6394-7854>

Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP · N°78 · Vol. 4 · 33-50 · 2025

ISSN: 1135-3848 print / 2183-6051 online

This work is licensed under CC BY-NC 4.0. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Introducción

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) representa uno de los mayores desafíos de salud pública a nivel mundial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization [WHO], 2023), en 2022 se registraron 1.3 millones de nuevos casos, sumando un total de 39 millones de personas que viven con VIH globalmente. En Chile, las estimaciones indican un aumento del 59% en la tasa de nuevos casos entre 2010 y 2022, con 4.800 nuevas infecciones y 83.000 personas viviendo con VIH (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2023a).

La preocupación frente a la pandemia del VIH radica en sus múltiples repercusiones físicas, psicológicas y sociales. De acuerdo con los últimos cálculos disponibles, a nivel mundial se perdieron 47.63 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) a causa de la infección por VIH, concentrándose en países de medianos y bajos ingresos (Tian et al., 2023). Además, se han documentado ampliamente consecuencias psicológicas y sociales, tales como el rechazo social, el estigma y los problemas de salud mental (Kohli et al., 2023; Small et al., 2022). Considerando lo anterior, y en respuesta al panorama mundial, en 2023 la UNAIDS lanzó las metas 95-95-95, las que incluyen alcanzar, para el año 2030, que el 95% de las personas conocieran su estado serológico, el 95% de las personas que viven con VIH adhirieran al tratamiento antirretroviral, y el 95% de quienes están en tratamiento presentaran supresión viral (UNAIDS, 2023b).

Aunque se ha observado que Chile ha logrado cumplir con la meta de testeo, aún persisten brechas de género notables, como se evidencia en el hecho de que solo un 89% de las mujeres que viven con VIH conocen su estado serológico, en comparación con el 96% de los hombres (UNAIDS, 2023a). Al respecto, es particularmente preocupante la situación en la población joven, quienes registran una alta incidencia de conductas sexuales de riesgo (Szucs et al., 2020), un incremento del 55.2% en la incidencia de nuevos casos de VIH (Blamey et al., 2024), y bajos niveles de testeo, donde solo un 37.7% indica haberse realizado el test de VIH alguna vez en la vida (Instituto Nacional de la Juventud [INJUV], 2022).

Para comprender la conducta de testeo, es imperativo considerar las fuentes de inequidad y vulnerabilidad de las poblaciones (UNAIDS, 2022), con especial énfasis en los determinantes estructurales, sociales y culturales (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2021). Estos últimos, se refieren al conjunto de valores, normas y creencias socialmente compartidas por un grupo de personas, y que resultan relevantes para la conducta en salud (Betancourt et al., 2010), y han demostrado tener un rol fundamental en la predicción de otras conductas preventivas en salud, como la realización de exámenes preventivos para el cáncer de mama (Amador et al., 2015), la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (Ly et al., 2023; Nance et al., 2022), la intención de vacunación contra el COVID-19 y el uso de mascarillas (Salazar-Fernández et al., 2023).

En el caso del test de VIH, algunas investigaciones de carácter exploratorio en población latinoamericana han podido evidenciar creencias culturales vinculadas a la intención de testeo del VIH. Por ejemplo, en estudios realizados con población latina que migra a Estados Unidos, se ha observado que uno de los principales obstaculizadores para la realización del test de VIH son las creencias relativas a que “es mejor no saber” (Lee, 2019), referidas a preferir ignorar el propio estado serológico y tener esperanza en que no se convive con el virus. Asimismo, investigaciones con hombres latinos han encontrado creencias relativas a la necesidad de hacerse el test solo si se presentan síntomas (Knauth et al., 2020) o que un resultado positivo sería “una sentencia de muerte” (Dolwick-Grieb et al., 2015). Adicionalmente, el proceso de realizarse el test de VIH se percibiría como adverso por la necesidad de extraer sangre para el análisis, la demora en la entrega de los resultados (Conde-González et al., 2015), y el cuestionamiento de la confidencialidad, anonimato y resguardo de la información (Nanin et al., 2020).

Sin embargo, a la fecha no se han explorado factores culturales específicos en población chilena, por lo que no se registra una operacionalización directa del constructo (Olivera, Salinas-Oñate, Medina et al., 2023). Por el contrario, los escasos instrumentos desarrollados para medir variables culturales que se han utilizado

(p. ej., Escala de Valores Sexuales; Deardorff et al., 2008) resultan ser inespecíficos a la conducta que se pretende predecir, incumpliendo el principio de compatibilidad (Ajzen, 2020). De esta manera, para lograr una adecuada comprensión del testeo de VIH en jóvenes, se requiere desarrollar medidas culturalmente sensibles, que sean capaces de capturar de manera efectiva estos aspectos culturales y proporcionar un entendimiento más profundo de su influencia en las decisiones que las personas toman sobre su salud.

El presente estudio

En virtud de lo mencionado anteriormente, el objetivo del presente estudio fue desarrollar y validar un instrumento para medir creencias culturales sobre el test de VIH en jóvenes chilenos. Para este fin, se empleó un diseño mixto exploratorio secuencial (Creswell & Creswell, 2023), el que utiliza una aproximación bottom-up/top-down de investigación cultural (Betancourt et al., 2010) basada en los postulados del estudio de la cultura subjetiva (Triandis, 1972). La investigación se organizó en dos etapas consecutivas. La primera etapa se enfocó en identificar las creencias culturales relevantes para la realización del test de VIH en una muestra diversa de jóvenes chilenos, mientras que la segunda etapa se centró en el desarrollo y validación de una nueva escala para medir creencias culturales sobre el test de VIH en jóvenes chilenos. Considerando la secuencialidad de las etapas de investigación implementadas, estas se presentarán por separado, describiendo aspectos metodológicos y principales resultados de cada una de ellas.

Etapas I: Identificación de factores culturales relevantes

Método

Participantes

A través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, se entrevistó a 50 estudiantes universitarios de la ciudad de Temuco, con edades entre los 18 y 29 años ($M=21.34$; $DE=2.23$), 86% de género femenino, en su mayoría de orientación

sexual heterosexual (48%) y de nivel socioeconómico alto (44%; más detalles en la tabla 1). Para acceder a los participantes se utilizó la técnica de “bola de nieve” (Noy, 2008). Para guiar el muestreo, se consideraron criterios mínimos de representatividad grupal: (a) género (masculino, femenino y no binario); (b) nivel socioeconómico percibido, de acuerdo con la clasificación ESOMAR (Adimark, 2000); y (c) orientación sexual (heterosexual, gay/lesbiana, bisexual u otra orientación, categorías que se reorganizaron en heterosexual y no heterosexual). Estos criterios fueron escogidos dada la relevancia que estas variables tienen para las conductas preventivas del VIH en población juvenil chilena, de acuerdo con la evidencia previa (Olivera, Salinas-Oñate, & De la Hoz, 2023).

Instrumento

Cuestionario sociodemográfico. La primera sección del instrumento consideró un cuestionario con preguntas cerradas para recoger información sobre la edad (en años), género (masculino, femenino o no binario), orientación sexual (heterosexual, gay/lesbiana, bisexual u otra orientación), procedencia (urbano o rural), ocupación y nivel educacional del jefe de hogar de acuerdo con la clasificación ESOMAR (Adimark, 2000).

Entrevista semiestructurada. La segunda sección del instrumento correspondió a una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas. La entrevista buscaba evocar las creencias socialmente compartidas en torno a la realización del test de VIH a partir de la identificación de creencias personales de los miembros de cada grupo de la población representado en el muestreo (Betancourt et al., 2010). Un ejemplo de pregunta orientadora es “¿Qué es lo primero que viene a tu mente cuando piensas en hacerte un test de VIH?”.

Procesamiento y análisis de datos

La entrevista fue aplicada entre mayo y julio de 2022 por el autor principal del estudio y cinco estudiantes de pregrado en Psicología, previamente entrenados. Para contactar a los participantes iniciales, se hizo circular un folleto de invitación a través de redes sociales. Quienes deseaban participar debían escribir un correo electrónico dirigido al investigador principal del estudio indicando su interés. Una vez entrevistados, se

solicitó a los participantes iniciales que invitaran a participar a otras personas que cumplieran con los criterios de representatividad. Luego de la firma del consentimiento informado, se procedió a la aplicación de la entrevista, con una duración promedio de 40 minutos. Al finalizar, los participantes fueron compensados con \$5.000 CLP.

Las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas a través de la plataforma Trint. Posteriormente, el investigador principal y dos ayudantes de investigación revisaron manualmente las transcripciones para corregir errores. Las transcripciones fueron sometidas a contrachequeo con el fin de asegurar la credibilidad de los datos (Harvey, 2015). Durante este proceso, el 54% de las transcripciones fueron completamente revisadas.

Las entrevistas fueron analizadas a través del programa MaxQDA R20.2.1 (VERBI Software, 2019). Se llevó a cabo un análisis de contenido convencional con aproximación inductiva, siguiendo las indicaciones de Creswell & Creswell (2023): (a) definición de la unidad de análisis; (b) reducción de los datos, extrayendo códigos abiertos; (c) abstracción de los datos y agrupación de códigos en temas, contenidos y conceptos, revisando la pertinencia de la agrupación; y (d) representación gráfica y narrativa de los contenidos. Como unidad de análisis principal se definieron las oraciones completas dadas como respuesta por los participantes. Estas frases fueron analizadas en su totalidad, teniendo en consideración el contexto semántico en donde se encontraban. La codificación fue llevada a cabo por el investigador principal y un ayudante de investigación en forma paralela, triangulando los códigos para asegurar el criterio de comprobabilidad (Creswell & Creswell, 2023). Los desacuerdos en la codificación fueron discutidos y negociados en conjunto por el equipo de investigación, hasta alcanzar un grado de acuerdo intercodificador mínimo del 80% (Garrison et al., 2006). Finalmente, durante todo el proceso se buscó resguardar los criterios de calidad, a través de la auditoría por juez experto (Creswell & Creswell, 2023).

Resultados

De acuerdo con el árbol de contenido (ver Figura 1), los códigos se agruparon en dos grandes

temáticas: “motivos para hacerse el test de VIH” y “motivos para no hacerse el test de VIH”.

Dentro de los motivos para hacerse el test de VIH es posible identificar los contenidos de “cuidados de la salud”, “sospechas”, “deber social” y “disponibilidad”. Si bien los contenidos relacionados con el cuidado de la salud se citan con mayor frecuencia, están fuertemente vinculadas con las sospechas basadas en la conducta sexual propia y de la pareja, con especial énfasis en la cantidad de parejas sexuales.

“Yo creo que los que se lo hacen [el test de VIH] son conscientes de por qué se lo hacen. Sí, igual hay que pensar que no te vas a hacer un test así como así. Por lo general, se lo van a hacer porque tuvieron relaciones con muchas parejas o con muchas personas” (Género masculino, heterosexual, 29 años).

Dentro de las sospechas que motivan la realización del test, la más citada es tener relaciones sexuales sin condón.

“Supongo que debe ser por una duda de algo. O quizás, cuando una persona se acuerda de que no hizo... no ocupó preservativo” (Género femenino, no heterosexual, 21 años).

Adicionalmente, se evidencian otras conductas que motivarían la sospecha, como las relaciones sexuales casuales y la desconfianza sobre la conducta sexual de la pareja, los que serían aspectos claves a tener en cuenta a la hora de solicitar un test.

“Según yo, es necesario cuando una persona tiene sexo casual frecuentemente, o no está seguro de si su pareja se cuida o no” (Género masculino, heterosexual, 22 años).

En cuanto a los motivos para no hacerse el test, se identificaron los contenidos de “consecuencias de hacerse el test”, “disposiciones personales”, “resguardos”, “dificultades de acceso” y “desinformación”. El contenido más saliente son las consecuencias de hacerse el test, donde las preocupaciones de un resultado positivo figuran como concepto principal. Estas creencias anularían el efecto que tiene la sospecha como motivador, evocando contenidos afectivos asociados al miedo y la preocupación.

“No sé si sea la ansiedad, sino el miedo de que dé positivo, yo creo que eso es algo que detiene a muchas personas, así como: «No, no me lo voy a hacer porque si sale positivo voy a...», entonces

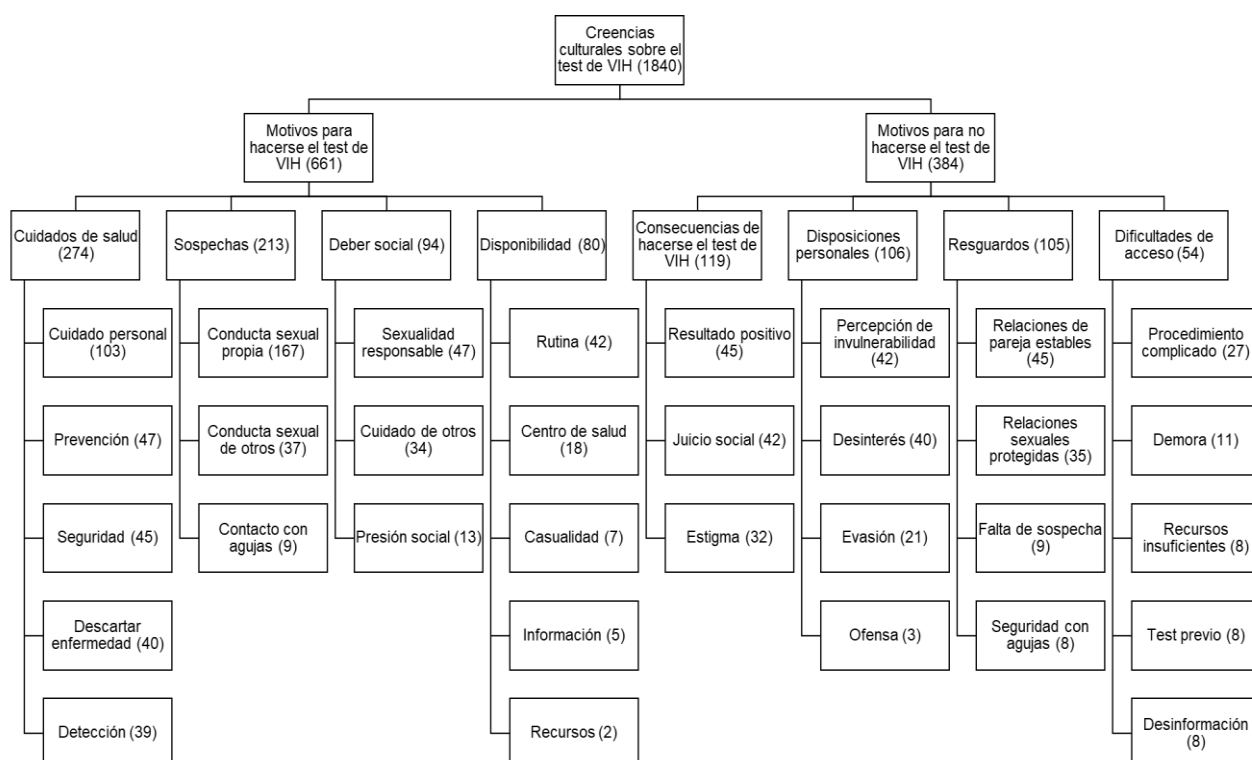


Figura 1. Árbol de contenidos de las creencias culturales sobre la realización del test de VIH.

Nota: Números entre paréntesis indican la frecuencia de citas acumuladas para cada contenido.

Fuente: Elaboración propia.

como esa misma ansiedad de estar esperando el resultado es el que detiene a la gente” (Género femenino, no heterosexual, 20 años).

En esta misma línea, el juicio social derivado de un resultado positivo tendría un rol importante en la obstaculización de la realización del test. El temor al encasillamiento dentro de categorías negativas desincentivaría la solicitud de un test.

“Por el qué dirán, por el miedo así de... si me salió positivo ¿qué van a pensar de mí? ¿qué van a decir de...? Lo mismo, que tuvo relaciones, no se cuidó, ahora tiene que vivir eso porque fue irresponsable, no sé” (Género no binario, no heterosexual, 22 años).

Al indagar en el juicio social derivado del resultado positivo, se puede observar que estaría fuertemente vinculado a los prejuicios sociales respecto de las personas que viven con VIH, predominando el temor relacionado con la imagen negativa que se tiene de las ITS y las vías de transmisión.

“Es una cuestión social, que todas las personas sienten miedo, porque las ITS siempre están relacionadas a algo negativo, a peligro... también la carga social que tiene” (Género masculino, no heterosexual, 21 años).

Finalmente, contrario a las sospechas como motivo para hacerse el test, existirían ciertos aspectos relativos a las relaciones de pareja que serían vistos como un resguardo frente la transmisión de VIH, ya que se asumiría la exclusividad sexual como valor intrínseco de la pareja estable.

“Si es que a lo mejor ya tienes una pareja estable en la cual no hay relaciones con otras personas, probablemente, a lo mejor... no sea tan necesario” (Género masculino, no heterosexual, 22 años).

A su vez, otros componentes de la relación de pareja, como la confianza y comunicación, serían vistos como una prueba de la estabilidad y, por tanto, del resguardo frente a la transmisión de VIH y otras ITS.

“Podría ser en el caso de que uno ya sienta completa seguridad de que tu pareja tiene la confianza de contarte sus cosas” (Género femenino, heterosexual, 19 años).

A lo anterior, se suma la caracterización que se hace de una persona “tranquila”, en contraposición a personas con conductas de alto riesgo. En esta categoría, la presencia de una pareja estable se vincularía con una mayor seguridad frente a las ITS, mientras que las relaciones sexuales con

múltiples parejas constituirían un factor de riesgo, independiente del uso de condón.

“Si es que es una persona tranquila [...] en el sentido de que no tiene una vida sexual activa con diferentes personas, ahí considero que no debería hacérselo” (Género masculino, heterosexual, 22 años).

Etapas II. Desarrollo y validación del instrumento

Método

Con base en los contenidos emergentes de la fase cualitativa, en la etapa II se desarrolló una escala para medir creencias culturales sobre el test de VIH en jóvenes chilenos. Para ello, se generó un conjunto inicial de 29 ítems originales con formato de respuesta Likert de cinco puntos (1=muy en desacuerdo; 5=muy de acuerdo), los que buscaban reflejar las creencias identificadas en la etapa I. Para el tema “motivos para el hacerse el test” se desarrollaron 13 ítems, organizados de la siguiente forma: “cuidados de la salud” (2 ítems), “sospechas” (8 ítems), “deber social” (2 ítems) y “disponibilidad” (1 ítem). A su vez, para el tema “motivos para no hacerse el test” se desarrollaron 16 ítems, con la siguiente organización: “consecuencias de hacerse el test” (5 ítems), “disposiciones personales” (3 ítems), “resguardos” (5 ítems), “dificultades de acceso” (2 ítems) y “desinformación” (1 ítem).

Este conjunto preliminar de reactivos fue sometido a validación de contenido por parte de nueve jueces expertos, quienes debían ser académicos o profesionales con experiencia en el desarrollo y validación de instrumentos, salud sexual y reproductiva, o salud pública. Los jueces evaluaron la relevancia de cada ítem respecto al constructo específico que se deseaba medir, mediante una escala de cuatro puntos (1=el ítem no es relevante para la dimensión medida; 4=el ítem es altamente relevante para la dimensión medida). El nivel de acuerdo interjueces (Almanasreh et al., 2019) fue estimado a través del coeficiente V de Aiken (punto de corte <0.78), el índice de validez de contenido CVI (punto de corte <0.78) y el estadístico Kappa modificado (punto de corte <0.60). La selección y reestructuración de los ítems

se hizo de acuerdo con los siguientes criterios: (a) se eliminaron los ítems que presentaran niveles insatisfactorios en al menos dos índices; (b) se revisaron y redactaron los ítems que obtuvieran niveles insatisfactorios en al menos un índice, y valores satisfactorios en al menos dos; y (c) se retuvieron sin modificaciones los ítems con niveles satisfactorios en todos los indicadores. Luego del proceso de revisión y selección, la escala quedó compuesta por 22 ítems (para mayores detalles sobre los ítems eliminados en esta etapa, ver Anexo I).

Finalmente, con el fin de asegurar una adecuada comprensión por parte de la población objetivo, se llevaron a cabo entrevistas cognitivas en tres grupos focales de cuatro estudiantes cada uno (n=12), utilizando la técnica *think aloud* (Farmer et al., 2022). Los participantes debían leer los reactivos de forma individual e indicar si comprendían el contenido de los ítems; en tanto, el entrevistador realizó preguntas específicas respecto a la interpretación de conceptos claves que pudieran tender a la confusión (p. ej., diferencia entre pareja estable y pareja única). Posteriormente, todos los ítems fueron sometidos a revisión de redacción por parte de dos miembros del equipo de investigación, con base en las recomendaciones surgidas de los grupos focales. Finalmente, la versión preliminar de la escala quedó compuesta por 22 ítems.

Participantes

A través de un muestreo no probabilístico incidental, se reclutaron 322 estudiantes universitarios de la ciudad de Temuco, con edades entre los 18 y 29 años. El promedio de edad de los participantes fue de 21.71 años ($DE=2.38$). La mayoría eran de género femenino (66.9%), tenía una orientación sexual heterosexual (69.0%), estaba en pareja (55.4%), había tenido actividad sexual alguna vez con otra persona (67.5%), y nunca se había realizado un test de VIH (56.7%). Para más detalles de las características de la muestra, ver Tabla 1.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico. Cuestionario en el que se indagaron las variables: edad (en años), género (masculino, femenino o no binario),

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra por etapa

Característica	Muestra etapa I (N=50)		Muestra etapa II (N=335)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Edad (<i>M</i> ; <i>DE</i>)	21.34 (2.23)		21.71 (2.38)	
Género				
Masculino	18	36.0	98	29.3
Femenino	25	86.0	224	66.9
No binario	7	14.0	13	3.9
Procedencia				
Rural	3	6.0	47	14.0
Urbano	47	94.0	288	86.0
Etnia				
No se identifica	39	78.0	208	67.3
Se identifica	11	22.0	101	32.7
Nivel socioeconómico				
Bajo	14	28.0	39	11.6
Medio	14	28.0	278	83.0
Alto	22	44.0	18	5.4
Orientación sexual				
Heterosexual	24	48.0	231	69.0
Gay/lesbiana	2	4.0	9	2.7
Bisexual	11	22.0	65	19.4
Otros	13	26.0	30	9.0
Situación de pareja				
Soltera/o	21	42.0	149	44.6
En pareja	29	58.0	185	55.4
Inicio de actividad sexual				
No	-	-	109	32.5
Sí	-	-	226	67.5
Realización del test de VIH				
No se ha realizado el test	-	-	190	56.7
Se ha realizado el test	-	-	145	43.3

Nota: *n*=frecuencia absoluta; %=porcentaje; *M*=promedio; *DE*=desviación estándar.

orientación sexual (heterosexual, gay/lesbiana, bisexual u otra orientación), procedencia (rural o urbano), etnia (se identifica con alguna etnia o no), situación de pareja (en pareja o soltera/o), inicio de la actividad sexual (sí o no) y realización del test de VIH alguna vez en la vida (se ha realizado el test alguna vez o nunca se ha realizado el test).

Escala de Creencias Culturales sobre el Test de VIH (ECC-Test). Escala compuesta por 22 ítems con opciones de respuesta en formato Likert de cinco puntos (1=muy en desacuerdo; 5=muy de acuerdo). Los participantes debían indicar su grado de acuerdo con una serie de aseveraciones respecto a los motivos para hacerse y no hacerse un test de VIH (p. ej., “Es necesario hacerse un test de VIH cuando se tienen muchas parejas sexuales”).

Procedimiento

Quienes participaron fueron contactados a través de correos electrónicos masivos institucionales e invitaciones presenciales en salas de clases que contenían enlaces y códigos QR que les dirigían a la encuesta en línea a través del servicio QuestionPro. Luego de leer el consentimiento informado aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad de La Frontera, quienes aceptaron participar contestaron el cuestionario (duración aproximada de 35 minutos). Finalmente, recibieron en sus correos electrónicos una copia digital del consentimiento informado e información relevante sobre salud sexual y reproductiva.

Plan de análisis

Los datos fueron procesados a través del entorno RStudio versión 2023.12.0+369 (Posit team, 2023) para el lenguaje de programación R, utilizando el paquete *esemComp* (Silvestrin & de Beer, 2022). Previo a los análisis principales, se realizó la limpieza y recodificación de la base de datos, junto a análisis descriptivos para caracterizar la muestra. Posteriormente, y con el fin de determinar la estructura factorial subyacente a la escala, se llevaron a cabo modelos de ecuaciones estructurales exploratorios (ESEM; Morin, 2023) con aproximación *ESEM-within-CFA* (Marsh et al., 2020; Morin et al., 2020) y rotación *GeominQ*. Dada la naturaleza ordinal de los datos, los análisis se hicieron sobre la matriz de correlaciones policóricas, y se usó el método de estimación de mínimos cuadrados ponderados con medias y varianza ajustada (*WLSMV*; DiStefano & Morgan, 2014). Para identificar el número de factores a retener, se realizó una revisión visual del gráfico de sedimentación y se tuvo en consideración los autovalores (Morin et al., 2013).

Para evaluar la bondad de ajuste de los modelos se tomaron en consideración los siguientes criterios: (a) diferencia entre chi-cuadrado y grados de libertad (χ^2/df) ≤ 5 ; (b) Índice de Ajuste Comparativo (CFI) e Índice de Tucker-Lewis (TLI): $\geq .90$ para aceptable y $\geq .95$ para excelente; (c) Error Cuadrático Medio de Aproximación (RMSEA) y Raíz Cuadrática Media Normalizada Residual (SRMR): $\leq .08$ para aceptable y $\leq .06$ para excelente (Marsh et al., 2005).

Con el fin de contar con una escala abreviada, se realizó una depuración iterativa del modelo original (M0), basada en los criterios propuestos desde el marco conceptual de la aproximación ESEM (Morin et al., 2020) y replicado en estudios de validación de instrumentos previos (Mieres-Chacaltana et al., 2021; Neff et al., 2021; Sepúlveda-Páez et al., 2021) reteniendo los ítems que: (a) presentaran cargas principales elevadas (idealmente $\lambda \geq .500$); (b) presentaran cargas cruzadas débiles ($\lambda \leq .200$); y (c) contaran con coherencia teórica con el factor principal.

Para evaluar las posibles fuentes de dimensionalidad psicométrica relevante para el constructo, se siguieron las recomendaciones la literatura ESEM (Morin, 2023; Morin et al., 2016), comparando modelos alternativos en el siguiente orden: (a) M1 (1F_CFA): modelo unidimensional con aproximación de análisis factorial confirmatorio (CFA); (b) M2 (M_CFA) y M3 (M_ESEM): modelos multidimensionales de primer orden con aproximación CFA y ESEM respectivamente; y (c) M4 (Bifactor): modelo Bifactor con aproximación CFA o ESEM, en función del modelo de primer orden con mejor ajuste (Swami et al., 2023). En tanto, para la comparación de modelos equivalentes, se tomó en consideración la variación en los índices de bondad de ajuste (ΔCFI y $\Delta TLI < .010$ y $\Delta RMSEA < .015$; Morin et al., 2016) y una inspección detallada de los parámetros estimados (cargas factoriales, cargas cruzadas, correlación entre factores; Marsh et al., 2020; Morin et al., 2016). Los modelos ESEM son preferibles en el caso de contar con factores bien definidos por sus cargas factoriales y correlaciones inter-factores bajas. En caso contrario, es preferible optar por una solución más parsimoniosa basada en CFA. Finalmente, frente a elevadas cargas cruzadas en el modelo de primer orden ESEM es posible optar por un modelo bifactor de la mejor solución factorial (Swami et al., 2023), siempre que el factor general sea definido por cargas factoriales fuertes y sustentadas teóricamente, y al menos un factor específico bien definido (Neff et al., 2021).

Finalmente, se estimó la confiabilidad de la escala a través del índice de consistencia interna Omega con intervalo de confianza del 95% a través del paquete *semTools* (Rosseel et al., 2022).

Resultados

De acuerdo con la evaluación del gráfico de sedimentación, los autovalores y el análisis de paralelos, se estima necesaria la retención de tres factores. El modelo original M0 (ver Tabla 2 y tabla 3) presentó adecuados indicadores de bondad de ajuste ($\chi^2[168]=357.810$, $p<.001$; $\chi^2/df=2.130$; CFI=.979; TLI=.971; RMSEA=.041, IC 90% [.035 – .047]; SRMR=.050), con factores bien definidos en función de sus cargas factoriales principales absolutas ($|\lambda_{\text{Factor 1}}|=.412$ a 0.812 ; $|\lambda_{\text{Factor 2}}|=0.320$ a 0.771 ; $|\lambda_{\text{Factor 3}}|=.456$ a 0.811) y correlaciones inter-factores bajas ($r=-.073$ a $-.269$).

Los factores fueron denominados de la siguiente forma: (a) el factor 1 se denominó “creencias asociadas a la realización del test” (abreviado “CAT”), ya que da cuenta de una serie de condiciones frente a las cuales es necesario hacerse un test de VIH por sospechar de una posible infección (p. ej., “Es necesario hacerse un test de VIH si se han tenido relaciones sexuales con una persona desconocida”); (b) el factor 2 se nombró “creencias sobre las consecuencias sociales del test” (abreviado “CCS”), debido a que incorpora consecuencias sociales derivadas de la realización de un test de VIH (p. ej., “Hacerse un test de VIH implica que las demás personas asumirán que se tiene VIH”); y (c) el factor 3 se denominó “creencias asociadas a la no realización del test” (abreviado “CANT”), ya que integra valoraciones positivas y condiciones de la relación de pareja estable que hacen prescindir de la realización del test (p. ej., “No es necesario hacerse un test de VIH si hay confianza en la pareja”).

Con el fin de contar con una escala más breve, se procedió a depurar la escala con base en los criterios establecidos previamente. Por consiguiente, los ítems 1 (“Hacerse un test de VIH permite cuidar a las demás personas”), 3 (“Es necesario hacerse un test de VIH si se ha tenido contacto con agujas usadas”), 13 (“Pedir un test de VIH en un centro de salud es un procedimiento enredado”) y 14 (“Hacerse un test de VIH sale muy caro”) fueron eliminados por no presentar coherencia conceptual con el factor principal, quedando la escala compuesta por 14 ítems.

Para evaluar la estructura factorial de la escala final, se estimaron modelos alternativos (ver Tabla 3) según la literatura ESEM, descrita previamente.

Tabla 2. Cargas factoriales para el modelo inicial (M0).

Ítems	M0: Modelo ESEM de tres factores de primer orden relacionados			
	$\lambda_{\text{Factor 1}}$	$\lambda_{\text{Factor 2}}$	$\lambda_{\text{Factor 3}}$	δ
Ítem 1 ^c	.557	-.005	-.017	.683
Ítem 2 ^a	.647	-.069	-.024	.560
Ítem 3 ^c	.545	-.166	-.105	.611
Ítem 4 ^a	.737	-.067	-.053	.419
Ítem 5 ^a	.693	-.031	.046	.532
Ítem 6 ^a	.685	-.080	-.059	.489
Ítem 7 ^a	.812	-.048	.036	.347
Ítem 8 ^b	.412	.001	-.290	.682
Ítem 9 ^a	.604	.007	-.175	.549
Ítem 10 ^b	.455	.015	-.323	.613
Ítem 11 ^b	.163	.129	-.456	.743
Ítem 12 ^b	-.272	.320	.002	.810
Ítem 13 ^c	-.083	.635	.034	.568
Ítem 14 ^c	-.132	.534	.101	.642
Ítem 15 ^a	.054	.771	.024	.399
Ítem 16 ^a	.076	.693	.012	.518
Ítem 17 ^a	.034	.547	.163	.633
Ítem 18 ^a	-.009	.157	.678	.456
Ítem 19 ^a	.001	.164	.749	.348
Ítem 20 ^a	-.077	.146	.658	.460
Ítem 21 ^a	.011	.111	.809	.292
Ítem 22 ^a	.065	.069	.811	.333

Nota: λ =cargas factoriales estandarizadas; δ =varianzas residuales; a=ítems retenidos para la versión final de la escala; b=ítems eliminados por contar con cargas factoriales principales bajas ($\lambda < .500$) y cargas cruzadas altas ($\lambda > .200$); c=ítems eliminados por no tener consistencia conceptual con el factor principal en el que cargaron; las cargas factoriales principales se resaltan.

Tabla 3. Indicadores de bondad de ajuste para modelos alternativos bajo aproximación CFA y ESEM

Modelo	$\chi^2(df)$	χ^2/df	CFI	TLI	RMSEA (IC 90%)	SRMR
M0	357.810 (168)	2.130	.979	.971	.041 (.035 – .047)	.050
M1 (1F_CFA)	410.971 (77)	5.337	.817	.784	.129 (.117 – .141)	.191
M2 (M_CFA)	126.175 (74)	1.705	1.000	1.006	.039 (.027 – .051)	.057
M3 (M_ESEM)	103.149 (52)	1.984	1.000	1.027	.027 (.019 – .035)	.031
M4 (Bifactor)	121.743 (49)	2.485	.994	.989	.055 (.043 – .067)	.048

Nota. M0=modelo original de tres factores correlacionados con aproximación ESEM; M1=modelo unidimensional con aproximación CFA; M2=modelo de tres factores con aproximación CFA; M3=modelo de tres factores con aproximación ESEM; M4=modelo Bifactor con aproximación ESEM.

En primer lugar, con el fin de evaluar la posibilidad de una multidimensionalidad no relevante, se estimó el modelo M1 (1F_CFA). El modelo no presentó adecuados indicadores de bondad de ajuste, por lo que se descartó la multidimensionalidad no relevante.

A continuación, con el fin de evaluar la estructura factorial original de tres factores correlacionados, se estimaron consecutivamente modelos M2 (M_CFA) y M3 (M_ESEM). El modelo M2 presentó excelentes indicadores de bondad de ajuste, mejorando considerablemente el ajuste del modelo original ($\Delta CFI=+.021$; $\Delta TLI=+.035$; $\Delta RMSEA=-.002$). No obstante, el modelo M3 superó los indicadores del modelo M2 ($\Delta CFI=.000$; $\Delta TLI=.027$; $\Delta RMSEA=-.012$). Luego de una inspección detallada (ver tabla 4), se observa que en el modelo M3 todos los factores están bien definidos en función de sus cargas factoriales principales ($\lambda_{\text{CAT}}=.561$ a $.847$; $\lambda_{\text{CCS}}=$

$.546$ a $.846$; $\lambda_{\text{CANT}}=.671$ a $.872$), y presenta correlaciones inter-factores bajas ($r=-.036$ a $.251$) en comparación con la solución CFA ($r=-.102$ a $.425$).

En tercer lugar, se evaluó el modelo M4 (Bifactor) con aproximación ESEM como contraparte del modelo M3, ya que la diferencia en los indicadores de bondad de ajuste entre el modelo M2 y M3 fueron sustanciales. La estimación de la solución factorial evidenció la presencia de dos casos Heywood, en los ítems 5 y 10. Por tanto, se reespecificó el modelo, fijando las varianzas negativas a cero para corregir la estimación (Farooq, 2022). Si bien la reespecificación del modelo M4 presentó excelentes índices de bondad de ajuste, empeoró sustancialmente los indicadores en comparación con el modelo M3 ($\Delta CFI=-.006$; $\Delta TLI=-.038$; $\Delta RMSEA=+.028$). Sumado a lo anterior, el modelo M3 presentó cargas cruzadas bajas ($|\lambda_{\text{CAT}}|=.003$ a $.110$; $|\lambda_{\text{CCS}}|=.001$ a $.141$; $|\lambda_{\text{CANT}}|$

Tabla 4. Cargas factoriales para los modelos CFA y ESEM (M1 a M4)

Ítems	M1: Modelo CFA unidimensional		M2: Modelo CFA multidimensional				M3: Modelo ESEM				M4: Modelo Bifactor ESEM re-especificado				
	λ	δ	λ_{CAT}	λ_{CCS}	λ_{CANT}	Δ	λ_{CAT}	λ_{CCS}	λ_{CANT}	Δ	λ_{global}	λ_{CAT}	λ_{CCS}	λ_{CANT}	δ
Ítem 1	.265	.930	.683			.533	.644	-.001	-.085	.555	-.326	.532	.029	.062	.606
Ítem 2	.315	.901	.786			.383	.763	-.027	-.068	.388	-.365	.644	.015	.134	.434
Ítem 3	.178	.968	.590			.652	.757	-.008	.048	.440	-.242	.670	.019	.110	.481
Ítem 4	.308	.905	.732			.464	.682	-.056	-.062	.506	-.341	.578	-.012	.157	.524
Ítem 5	.230	.947	.710			.496	.847	-.026	.033	.292	-.467	.884	.012	-.010	.000*
Ítem 6	.347	.879	.709			.498	.561	-.023	-.150	.623	-.367	.469	.011	.075	.640
Ítem 7	-.375	.859		.757		.427	-.003	.782	.024	.379	.295	.073	.707	-.047	.405
Ítem 8	-.327	.893		.702		.508	.019	.846	-.043	.301	.203	.026	.849	.019	.237
Ítem 9	-.431	.814		.736		.458	-.013	.546	.177	.620	.365	.086	.487	-.101	.612
Ítem 10	-.724	.475			.743	.448	-.056	.121	.671	.475	.812	.237	-.028	-.533	.000*
Ítem 11	-.772	.403			.790	.376	-.058	.141	.705	.411	.714	.023	-.006	-.165	.462
Ítem 12	-.772	.404			.793	.371	-.110	.103	.697	.421	.754	.047	.047	.118	.413
Ítem 13	-.831	.309			.862	.257	-.027	.053	.872	.204	.912	.153	-.016	.291	.060
Ítem 14	-.749	.439			.780	.392	.026	.041	.836	.290	.758	.043	-.012	.298	.334

Nota. λ =cargas factoriales estandarizadas; δ =varianzas residuales; *=varianzas residuales fijadas a 0 debido a la presencia de casos Heywood.

Tabla 5. Versión final de la Escala de Creencias Culturales sobre la Realización del Test de VIH (ECC-Test)

Ítems*	M	DE
Creencias Asociadas a la Realización del Test - CAT		
1. Es necesario hacerse un test de VIH si se tienen sospechas de un posible contagio.	4.83	.49
2. Es necesario hacerse un test de VIH cuando se tienen parejas casuales.	4.69	.58
3. Es necesario hacerse un test de VIH cuando se tienen muchas parejas sexuales.	4.83	.47
4. Es necesario hacerse un test de VIH si no se conoce el historial sexual de la pareja.	4.64	.62
5. Es necesario hacerse un test de VIH si se han tenido relaciones sexuales con una persona desconocida.	4.78	.55
6. Es necesario hacerse un test de VIH si mi pareja me ha sido infiel.	4.63	.66
Creencias sobre las Consecuencias Sociales del Test - CCS		
7. Hacerse un test de VIH implica que las demás personas juzgarán mi vida sexual.	2.69	1.27
8. Hacerse un test de VIH implica que las demás personas asumirán que se tiene VIH.	2.70	1.23
9. Hacerse un test de VIH teniendo una pareja estable hará que ésta desconfíe.	2.62	1.20
Creencias Asociadas a la No Realización del Test - CANT		
10. No es necesario hacerse un test de VIH si se tiene una pareja estable.	2.28	1.01
11. No es necesario hacerse un test de VIH cuando se tiene pareja sexual única.	2.45	1.09
12. No es necesario hacerse un test de VIH si la pareja ya se lo ha hecho.	2.19	.97
13. No es necesario hacerse un test de VIH si hay confianza en la pareja.	2.16	1.00
14. No es necesario hacerse un test de VIH si hay comunicación en la relación de pareja.	2.27	1.07

Nota. ω =omega de McDonald; M=promedio; DE=desviación estándar; *=escala de respuesta Likert de cinco puntos (1=muy en desacuerdo; 5=muy de acuerdo).

=.024 a .177), por lo que es posible descartar el modelo M4 y optar por el modelo M3 como solución factorial óptima, compuesta por 14 ítems organizados en tres factores relacionados, estimándose libremente las cargas cruzadas entre los indicadores de los factores.

Finalmente, todos los factores del modelo final presentaron adecuados índices de consistencia interna (ω_{CAT} =.859, CI 95% [.808 – .909]; ω_{CCS} =.789, CI 95% [.742 – .835]; ω_{CANT} =.893, CI 95% [.867 – .919]; ver Tabla 5).

Discusión

La presente investigación se centró en el desarrollo y validación de la Escala de Creencias Culturales sobre el Test de VIH (ECC-Test), diseñada para evaluar las creencias culturales relacionadas con la realización del test de VIH en jóvenes chilenos. Durante la fase cualitativa

emergieron dos temas centrales respecto al testeo de VIH: “motivos para hacerse un test”, que tuvo como principales contenidos el cuidado de la salud frente a sospechas de una posible infección, donde las dudas basadas en la conducta sexual propia y de la pareja tienen un rol central; y “motivos para no hacerse un test”, donde las consecuencias personales y sociales figuran como el contenido más relevante, asociadas a la preocupación por los efectos de un resultado positivo y el juicio social de testearse. Por otro lado, durante la etapa II, se operacionalizaron los contenidos emergentes de la etapa I, quedando la escala compuesta por 14 ítems, organizados en tres factores: "Creencias asociadas a la realización del test" (CAT), "Creencias sobre las consecuencias sociales del test" (CCS) y "Creencias asociadas a la no realización del test" (CANT). Estos factores capturan distintos aspectos de las creencias culturales relativos a la decisión de realizar la prueba de VIH.

Un aspecto transversal a los contenidos de las dimensiones CAT y CANT de esta escala es la influencia del amor romántico en la toma de decisiones relacionadas con la realización del test en los jóvenes. La creencia de que no es necesario hacerse un test si se tiene una pareja estable refleja una idealización de la estabilidad y la confianza en la pareja, características del amor romántico (Ibañez et al., 2017). Investigaciones previas han evidenciado que una mayor idealización y confianza en la pareja romántica se asocia con una menor intención de hacerse un test de VIH (Sharma et al., 2020) y menor involucramiento en conductas preventivas de ITS (Fortenberry, 2019). En contraparte, la creencia de que es necesario hacerse un test cuando se tienen múltiples parejas o parejas sexuales casuales podría reflejar situaciones con ausencia de compromiso y confianza (Olivera, Salinas-Oñate, Medina et al., 2023) y que, por tanto, conllevan una mayor necesidad de hacerse un test. De hecho, investigaciones con muestras de diversos grupos étnicos han evidenciado que las personas que tienen múltiples parejas sexuales (Fan et al., 2018) o que tienen una pareja sexual casual (Johansson et al., 2018; Persson et al., 2016) tienen una mayor probabilidad de aceptar hacerse un test de VIH, lo que estaría en línea con las creencias que favorecen la realización del test en esta investigación.

Dichas percepciones pueden estar influidas por constructos culturales que promueven la monogamia y la fidelidad como pilares fundamentales de una relación de pareja ideal (Laborde et al., 2014; Olivera, Salinas-Oñate, Medina et al., 2023), vinculadas a normas de género tradicionales (Walters & Valenzuela, 2019), que guían las conductas y roles considerados como esperables y deseables para los diferentes géneros (Cislaghi & Heise, 2020) y que tendrían un impacto sustancial sobre las conductas de salud (Fleming & Agnew-Brune, 2015; Olivera et al., 2024). Por ejemplo, la evidencia indica que las dimensiones de la masculinidad tradicional de independencia, respeto y protección de la familia funcionarían como un obstaculizador del testeo, ya que este se asociaría con un contexto de vulnerabilidad y dependencia que tensionaría dichas dimensiones (Hlongwa et al., 2020; Jacques-Aviñó et al., 2019).

Adicionalmente, en la dimensión CSC destacan los contenidos asociados a las

consecuencias sociales, la preocupación sobre el juicio social y la estigmatización asociados con la realización del test. Los componentes de presión social han evidenciado tener un impacto significativo sobre la toma de decisiones en salud sexual y reproductiva. Estudios previos en muestras de diversas etnias han encontrado que el estigma por VIH se asocia con una menor intención de hacerse el test de VIH (Irmayati et al., 2019; Taylor et al., 2020; Treves-Kagan et al., 2017). Durante el proceso de testeo, estas experiencias de estigma anticipado se sumarían a las preocupaciones en torno a la confidencialidad y anonimato como obstaculizadores de la intención de hacerse el test (Nanin et al., 2020). Si bien el estigma por VIH ha disminuido durante las últimas décadas (Chan et al., 2020; Esber et al., 2022; Fuster-Ruiz de Apodaca et al., 2014), la emergencia de estos contenidos evidencia que aún se encuentra presente y funciona como obstaculizador del testeo.

Estos hallazgos adquieren particular relevancia al considerar que cerca de un tercio de los participantes no había iniciado su actividad sexual, lo que sugiere que el aprendizaje de las creencias culturales sobre el test de VIH tempranamente podría influir en las decisiones de salud. Asimismo, si bien el uso de agujas no emergió como una categoría predominante en las entrevistas, su mención puntual justifica su inclusión inicial en el instrumento, permitiendo capturar un espectro más amplio de percepciones de riesgo presentes en la población juvenil.

En cuanto a la robustez de la escala, los análisis de confiabilidad confirman que la ECC-Test muestra índices adecuados de consistencia interna en todas sus dimensiones, respaldando así su fiabilidad como herramienta para evaluar las creencias culturales sobre el test de VIH en jóvenes universitarios del contexto local. Además, se entrega evidencia de su validez de contenido y de constructo, respaldada por un riguroso proceso de desarrollo y análisis factorial, lo que sugiere que la ECC-Test capta de manera adecuada las creencias culturales relevantes sobre la realización del test de VIH en el contexto local.

A su vez, la ECC-Test ofrece una herramienta práctica para los entornos clínicos y comunitarios, permitiendo evaluar los motivos que facilitan y obstaculizan que los jóvenes se realicen el test.

Históricamente, las intervenciones y campañas de comunicación social en torno al VIH se han centrado en la promoción de la pareja única como método efectivo para el control de las ITS (Lampert, 2019). No obstante, es necesario reconocer que las creencias derivadas de estos discursos pueden funcionar como barrera frente a la realización del test de VIH y otras conductas preventivas del VIH. La aplicación de esta escala puede permitir a los profesionales de la salud identificar las creencias culturales que podrían obstaculizar la realización del test de VIH y promover intervenciones educativas y de prevención más efectivas y culturalmente sensibles. Además, puede facilitar la evaluación de programas de intervención y el diseño de políticas públicas dirigidas a mejorar la conciencia y el acceso al test de VIH entre la población juvenil en Chile.

Un aporte central de la ECC-Test radica en su especificidad cultural y conductual, que la distingue de instrumentos previos utilizados para explorar creencias asociadas al VIH. Junto con el valor de ser desarrollada para medir una variable cultural en el mismo grupo en que se estudiará, tiene otras ventajas. A diferencia de escalas ampliamente utilizadas, como la Escala de Valores Sexuales (Deardorff et al., 2008), centradas en dimensiones generales de la sexualidad o en actitudes normativas, la ECC-Test permite capturar creencias directamente asociadas al acto de testearse, diferenciando entre motivaciones individuales, consecuencias sociales anticipadas y justificaciones para no realizarse la prueba. Esta diferenciación permite no solo una mayor sensibilidad cultural, sino también una mayor capacidad explicativa frente a la conducta de testeo. En futuras investigaciones, su aplicabilidad se proyecta tanto para predecir la intención de testeo como para evaluar intervenciones culturalmente adaptadas, o modelar mediadores y moderadores en estudios centrados en salud sexual juvenil en contextos socioculturales similares.

Cabe destacar dos futuras líneas de investigación. En primer lugar, aunque los análisis actuales respaldan la validez y confiabilidad de la ECC-Test, es importante continuar acumulando evidencia empírica sobre su utilidad y aplicabilidad en diferentes contextos. Si bien la escala fue desarrollada en un entorno chileno, se articula en

torno a dimensiones culturales – como el estigma asociado al VIH, las normas de género tradicionales y la centralidad de la pareja estable – que han sido ampliamente documentadas en otros países latinoamericanos. Estas convergencias socioculturales sugieren un potencial de aplicabilidad regional, siempre que se realicen procesos formales de validación transcultural que aseguren su equivalencia semántica, conceptual y psicométrica. En esta misma línea, se necesitan estudios adicionales que exploren la validez externa de la escala mediante la comparación con otros indicadores de salud sexual y comportamientos de prevención del VIH. Estas consideraciones también reflejan las limitaciones propias de un diseño contextual y transversal, cuyo alcance empírico está necesariamente acotado a una muestra universitaria específica.

Además, la investigación futura podría enfocarse en examinar la estabilidad temporal de las creencias culturales evaluadas por la escala y en explorar posibles diferencias en estas creencias según características sociodemográficas, como la edad, el género y el nivel socioeconómico. Por otro lado, la ECC-Test se presenta como un insumo clave para el desarrollo de investigaciones orientadas a comprender el rol de los factores culturales como predictores de la realización del test de VIH. Futuros estudios podrían indagar en el rol que cumplen estas creencias culturales como predictoras de la intención de testeo de VIH, utilizando modelos pertinentes para ello (ej. Modelo Integrador; Betancourt et al., 2010).

El análisis de las creencias culturales sobre la realización del test de VIH en el contexto de las relaciones de pareja, el machismo y el estigma, arroja luz sobre cómo se configura este sistema de creencias en la juventud chilena. Estos factores culturales y sociales influyen en las actitudes hacia la salud sexual y en las decisiones relacionadas con la prevención y detección del VIH (Ferrer et al., 2016), lo que subraya la importancia de abordar estas dimensiones en las intervenciones de salud pública dirigidas a esta población.

Financiamiento

Esta investigación fue financiada completamente por la Beca Doctorado Nacional ANID BECAS/DOCTORADO NACIONAL 21211377 (Becario: Mauro Olivera del Río); y

parcialmente por el proyecto FONDECYT de Iniciación #11180115 (IR: Dra. Natalia Salinas-Oñate). Las instituciones no tuvieron influencia en el diseño del estudio, análisis o interpretación de los datos, o preparación, revisión y aprobación del manuscrito.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Referencias

- Adimark. (2000). El nivel socioeconómico ESOMAR. Manual de aplicación.
- Ajzen, I. (2020). The theory of planned behavior: Frequently asked questions. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 2(4), 299-415. <https://doi.org/10.1002/hbe2.195>
- Almanasreh, E., Moles, R., & Chen, T. F. (2019). Evaluation of methods used for estimating content validity. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 15(2), 214-221. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.03.066>
- Amador, J. A., Flynn, P. M., & Betancourt, H. (2015). Cultural beliefs about health professionals and perceived empathy influence continuity of cancer screening following a negative encounter. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(5), 798-808. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9646-1>
- Betancourt, H., Flynn, P. M., Riggs, M., & Garberoglio, C. (2010). A cultural research approach to instrument development: The case of breast and cervical cancer screening among Latino and Anglo women. *Health Education Research*, 25(6), 991-1007. <https://doi.org/10.1093/her/cyq052>
- Blamey, R., Sciaraffia, A., Piñera, C., Silva, M., Araya, X., Ceballos, M. E., Cortés, C. P., Twele, L., & Muñoz, R. (2024). Situación epidemiológica de VIH a nivel global y nacional: Puesta al día. *Revista Chilena de Infectología*, 41(2).
- Chan, B. T., Chakrapani, V., & Tsai, A. C. (2020). HIV-related stigma trends in the general population of India during an era of antiretroviral treatment expansion, 2005-16. *Journal of Global Health*, 10(2). <https://doi.org/10.7189/jogh.10.020420>
- Cislaghi, B., & Heise, L. (2020). Gender norms and social norms: Differences, similarities and why they matter in prevention science. *Sociology of Health & Illness*, 42(2), 407-422. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13008>
- Conde-González, C. J., Cuadra-Hernández, S. M., Bernabé-Aranda, J. I., Sánchez-Domínguez, M. S., & Ortega-Altamirano, D. V. (2015). Public health services and their relationship with rapid HIV test utilization and access for key populations in Morelos, Mexico. *Salud Pública de México*, 57(4), 304. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i4.7573>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2023). *Research Design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (6° ed.). Sage Publications.
- Deardorff, J., Tschann, J. M., & Flores, E. (2008). Sexual values among Latino youth: Measurement development using a culturally based approach. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 14(2), 138-146. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.14.2.138>
- DiStefano, C., & Morgan, G. B. (2014). A comparison of diagonal weighted least squares robust estimation techniques for ordinal data. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 21(3), 425-438. <https://doi.org/10.1080/10705511.2014.915373>
- Dolwick-Grieb, S. M., Desir, F., Flores-Miller, A., & Page, K. (2015). Qualitative assessment of HIV prevention challenges and opportunities among latino immigrant men in a new receiving city. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(1), 118-124. <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9932-3>
- Esber, A., Dear, N., Reed, D., Bahemana, E., Owouth, J., Maswai, J., Kibuuka, H., Iroezindu, M., Crowell, T. A., Polyak, C. S., Akom, E., & Ake, J. A. (2022). Temporal trends in self-reported HIV stigma and association with adherence and viral suppression in the African Cohort Study. *AIDS Care*, 34(1), 78-85. <https://doi.org/10.1080/09540121.2021.1984380>
- Fan, H., Fife, K. H., Cox, D., Cox, A. D., & Zimet, G. D. (2018). Behavior and health beliefs as predictors of HIV testing among women: A

- prospective study of observed HIV testing. *AIDS Care*, 30(8), 1062-1069.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1442555>
- Farmer, N., Powell-Wiley, T. M., Middleton, K. R., Brooks, A. T., Mitchell, V., Troncoso, M., Ceasar, J., Claudel, S. E., Andrews, M. R., Kazmi, N., Johnson, A., & Wallen, G. R. (2022). Use of a focus group-based cognitive interview methodology to validate a cooking behavior survey among African-American adults. *Frontiers in Nutrition*, 9.
<https://doi.org/10.3389/fnut.2022.1000258>
- Ferrer, L., Cianelli, R., Villegas, N., Reed, R., Bernales, M., Repetto, P., Hufstader, T., Lara, L., Irrarázabal, L., & Peragallo-Montano, N. (2016). Exploring the masculine identity in the context of HIV prevention in Chile. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(2), 128-138.
<https://doi.org/10.1111/jnu.12190>
- Fleming, P. J., & Agnew-Brune, C. (2015). Current trends in the study of gender norms and health behaviors. *Current Opinion in Psychology*, 5, 72-77.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.05.001>
- Fortenberry, J. D. (2019). Trust, sexual trust, and sexual health: An interrogative review. *The Journal of Sex Research*, 56(4-5), 425-439.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1523999>
- Fuster-Ruiz de Apodaca, M. J., Molero, F., Gil de Montes, L., Agirrezabal, A., Toledo, J., & Jaen, A. (2014). Evolution of HIV-related stigma in Spain between 2008 and 2012. *AIDS Care*, 26(sup1), S41-S45.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2014.906557>
- Garrison, D. R., Cleveland-Innes, M., Koole, M., & Kappelman, J. (2006). Revisiting methodological issues in transcript analysis: Negotiated coding and reliability. *The Internet and Higher Education*, 9(1), 1-8.
<https://doi.org/10.1016/j.iheduc.2005.11.001>
- Harvey, L. (2015). Beyond member-checking: A dialogic approach to the research interview. *International Journal of Research & Method in Education*, 38(1), 23-38.
<https://doi.org/10.1080/1743727X.2014.914487>
- Hlongwa, M., Mashamba-Thompson, T., Makhunga, S., & Hlongwana, K. (2020). Barriers to HIV testing uptake among men in sub-Saharan Africa: A scoping review. *African Journal of AIDS Research*, 19(1), 13-23.
<https://doi.org/10.2989/16085906.2020.1725071>
- Ibañez, G. E., Whitt, E., Avent, T., Martin, S. S., Varga, L. M., Cano, M. A., & O'Connell, D. J. (2017). 'Love and trust, you can be blinded': HIV risk within relationships among Latina women in Miami, Florida. *Ethnicity & Health*, 22(5), 510-527.
<https://doi.org/10.1080/13557858.2016.1244737>
- Instituto Nacional de la Juventud [INJUV]. (2022). *10ma Encuesta Nacional de Juventudes 2022*.
https://extranet.injuv.gob.cl/documentos_gestor_recursos/uploads/formatos/1c563ae615a8a29d7cb90df9bf9bec15.pdf
- Irmayati, N., Yona, S., & Waluyo, A. (2019). HIV-related stigma, knowledge about HIV, HIV risk behavior and HIV testing motivation among women in Lampung, Indonesia. *Enfermería Clínica*, 29, 546-550.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.084>
- Jacques-Aviñó, C., García de Olalla, P., González Antelo, A., Fernández Quevedo, M., Romani, O., & Caylà, J. A. (2019). The theory of masculinity in studies on HIV: A systematic review. *Global Public Health*, 14(5), 601-620.
<https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1493133>
- Johansson, K., Persson, K. I., Deogan, C., & El-Khatib, Z. (2018). Factors associated with condom use and HIV testing among young men who have sex with men: A cross-sectional survey in a random online sample in Sweden. *Sexually Transmitted Infections*, 94(6), 427-433.
<https://doi.org/10.1136/sextrans-2017-053369>
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS]. (2022). *A framework for understanding and addressing HIV-related inequalities*.
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/framework-understanding-addressing-hiv-related-inequalities_en.pdf
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS]. (2023a). *UNAIDS data 2023*.
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/data-book-2023_en.pdf

- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS]. (2023b). *The Path That Ends AIDS*.
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2023-unaids-global-aids-update_en.pdf
- Knauth, D. R., Hentges, B., Macedo, J. L. de, Pilecco, F. B., Teixeira, L. B., & Leal, A. F. (2020). O diagnóstico do HIV/aids em homens heterossexuais: A surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(6).
<https://doi.org/10.1590/0102-311x00170118>
- Kohli, N., Kumar, V., Yadav, S., & Tripathi, P. (2023). People with HIV/AIDS: Stigma, self-esteem and psychological health. *Psychological Studies*, 69. 432-440.
<https://doi.org/10.1007/s12646-023-00758-y>
- Laborde, N. D., vanDommelen-Gonzalez, E., & Minnis, A. M. (2014). Trust – that’s a big one: Intimate partnership values among urban Latino youth. *Culture, Health & Sexuality*, 16(9), 1009-1022.
<https://doi.org/10.1080/13691058.2014.921837>
- Lampert, M. (2019). *Programas de VIH/SIDA 2010-2018*. Biblioteca Del Congreso Nacional de Chile.
https://www.bcn.cl/asesoriasparlamentarias/detalle_documento.html?id=74776
- Lee, J. J. (2019). Cumulative stress and trauma from the migration process as barriers to HIV Testing: A qualitative study of Latino Immigrants. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 21(4), 844-852.
<https://doi.org/10.1007/s10903-018-0784-8>
- Ly, A. L., Flynn, P. M., & Betancourt, H. M. (2023). Cultural beliefs about diabetes-related social exclusion and diabetes distress impact self-care behaviors and HbA1c among patients with type 2 diabetes. *International Journal of Behavioral Medicine*.
<https://doi.org/10.1007/s12529-023-10179-w>
- Marsh, H. W., Guo, J., Dicke, T., Parker, P. D., & Craven, R. G. (2020). Confirmatory Factor Analysis (CFA), Exploratory Structural Equation Modeling (ESEM), and Set-ESEM: Optimal balance between goodness of fit and parsimony. *Multivariate Behavioral Research*, 55(1), 102-119.
<https://doi.org/10.1080/00273171.2019.1602503>
- Marsh, H. W., Hau, K.-T., & Grayson, D. (2005). Goodness of Fit in Structural Equation Models. In A. Maydeu-Olivares & J. J. McArdle (Eds.), *Multivariate applications book series. Contemporary psychometrics: A festschrift for Roderick P. McDonald* (pp. 275-340). Lawrence Erlbaum.
- Mieres-Chacaltana, M., Salvo-Garrido, S., & Denegri-Coria, M. (2021). Evaluation of the Prosociality Scale of Caprara, Steca, Zelli and Capanna in Chilean undergraduat students. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 3(56), 21-32.
- Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (2021). *Plan Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS 2021-2022*.
<https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/RES.-EXENTA-N%C2%B0-1111-Plan-nacional-VIH-SIDA-e-ITS-2021-2022.pdf>
- Morin, A. J. S. (2023). Exploratory Structural Equation Modeling. In R. H. Hoyle (Ed.), *Handbook of Structural Equation Modeling* (2nd ed., pp. 503-524). The Guilford Press.
- Morin, A. J. S., Arens, A. K., & Marsh, H. W. (2016). A bifactor exploratory structural equation modeling framework for the identification of distinct sources of construct-relevant psychometric multidimensionality. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 23(1), 116-139.
<https://doi.org/10.1080/10705511.2014.961800>
- Morin, A. J. S., Marsh, H. W., & Nagengast, B. (2013). Exploratory structural equation modeling. In G. H. Hancock & R. O. Mueller (Eds.), *Structural equation modeling: A second course* (pp. 395-436). IAP Information Age Publishing.
- Morin, A. J. S., Myers, N. D., & Lee, S. (2020). Modern factor analytic techniques: Bifactor models, exploratory structural equation modeling (ESEM) and bifactor-ESEM. In G. Tenenbaum & R. C. Eklund (Eds.), *Handbook of sport psychology* (4th ed., pp. 1044-1073). Wiley.
- Nance, C. M., Betancourt, H., & Flynn, P. M. (2022). The role of cultural beliefs and distress

- in adherence to recommended physical activity among patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Behavioral Medicine*, 45(3), 472-480.
<https://doi.org/10.1007/s10865-022-00301-w>
- Nanin, J., Drumhiller, K., Gaul, Z., & Sutton, M. Y. (2020). HIV testing among black and hispanic/latino men who have sex with men in New York City: A mixed-methods study. *Archives of Sexual Behavior*, 49(6), 2019-2027.
<https://doi.org/10.1007/s10508-019-01610-z>
- Neff, K. D., Tóth-Király, I., Knox, M. C., Kuchar, A., & Davidson, O. (2021). The development and validation of the State Self-Compassion Scale (Long- and Short Form). *Mindfulness*, 12(1), 121-140.
<https://doi.org/10.1007/s12671-020-01505-4>
- Noy, C. (2008). Sampling knowledge: The hermeneutics of snowball sampling in qualitative research. *International Journal of Social Research Methodology*, 11(4), 327-344.
<https://doi.org/10.1080/13645570701401305>
- Olivera, M. P., Salinas-Oñate, N., & De la Hoz, S. (2023). Uso de condón en jóvenes chilenos: El rol de los determinantes sociales, roles de género y salud mental. *Revista Médica de Chile*, 151(10), 1309-1318.
<http://doi.org/10.4067/s0034-98872023001001309>
- Olivera, M. P., Salinas-Oñate, N., Medina, G., & De la Hoz, S. (2023). Subjective culture and HIV preventive behaviour among young Latin Americans: A systematic review. *Culture, Health & Sexuality*, 25(7), 879-896.
<https://doi.org/10.1080/13691058.2022.2106583>
- Olivera, M. P., Salinas-Oñate, N., Silva, A., Manríquez-Robles, D., & Neira-Pérez, I. (2024). Normas de género y conductas de riesgo en salud: Una revisión sistemática en hombres latinoamericanos. *Psykhē*.
<http://dx.doi.org/10.7764/psykhe.2023.61337>
- Persson, K. I., Berglund, T., Bergström, J., Eriksson, L. E., Tikkanen, R., Thorson, A., & Forsberg, B. C. (2016). Motivators and barriers for HIV testing among men who have sex with men in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*, 25(23-24), 3605-3618.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13293>
- Posit team. (2023). *RStudio: Integrated Development Environment for R*. Posit Software. <http://www.posit.co/>
- Rosseel, T. D., Pornprasertmanit, S., Schoemann, A. M., & Rosseel, Y. (2022). *SemTools: Useful tools for Structural Equation Modeling* (R Package).
<https://cran.r-project.org/Package=SemTools>.
- Salazar-Fernández, C., Baeza-Rivera, M. J., Salinas-Oñate, N., & Manríquez-Robles, D. (2023). Should we take care of each other? Enhancing COVID-19 protective behaviors, a study in Chile, Mexico, and Colombia. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 17.
<https://doi.org/10.1177/18344909231181763>
- Sepúlveda-Páez, G., Mena-Chamorro, P., & Ferrer-Urbina, R. (2021). Desarrollo de una Escala para Valorar Conocimiento sobre Situaciones y Conductas de Riesgo de Contagio de VIH, en jóvenes y adultos jóvenes en un Contexto Latinoamericano. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 60(3), 157-167.
<https://doi.org/10.21865/RIDEP60.3.13>
- Sharma, A., Kahle, E., Sullivan, S., & Stephenson, R. (2020). Relationship characteristics associated with perceptions of partners' HIV testing behavior among male couples. *AIDS and Behavior*, 24(2), 516-531.
<https://doi.org/10.1007/s10461-019-02740-0>
- Silvestrin, M. T., & de Beer, L. (2022). *esemComp: ESEM-within-CFA syntax composer* (R package).
<https://mateuspsi.github.io/esemComp>
- Small, L. A., Huynh, A. K., & Parchment, T. M. (2022). The association between self-Esteem, stigma, and mental health among South African youth living with HIV: The need for integrated HIV care services. *AIDS Care*, 34(1), 86-94.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2021.2002253>
- Swami, V., Maïano, C., & Morin, A. J. S. (2023). A guide to exploratory structural equation modeling (ESEM) and bifactor-ESEM in body image research. *Body Image*, 47, 101641.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2023.101641>
- Szucs, L. E., Lowry, R., Fasula, A. M., Pampati, S., Copen, C. E., Hussaini, K. S., Kachur, R. E., Koumans, E. H., & Steiner, R. J. (2020).

- Condom and contraceptive use among sexually active high school students — Youth Risk Behavior Survey, United States, 2019. *MMWR Supplements*, 69(1), 11-18.
<https://doi.org/10.15585/mmwr.su6901a2>
- Taylor, T. N., DeHovitz, J., & Hirshfield, S. (2020). Intersectional stigma and multi-level barriers to HIV testing among foreign-born black men from the Caribbean. *Frontiers in Public Health*, 7.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00373>
- Tian, X., Chen, J., Wang, X., Xie, Y., Zhang, X., Han, D., Fu, H., Yin, W., & Wu, N. (2023). Global, regional, and national HIV/AIDS disease burden levels and trends in 1990–2019: A systematic analysis for the global burden of disease 2019 study. *Frontiers in Public Health*, 11.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1068664>
- Treves-Kagan, S., El Ayadi, A. M., Pettifor, A., MacPhail, C., Twine, R., Maman, S., Peacock, D., Kahn, K., & Lippman, S. A. (2017). Gender, HIV testing and stigma: The association of HIV testing behaviors and community-level and individual-level stigma in rural South Africa differ for men and women. *AIDS and Behavior*, 21(9), 2579-2588.
<https://doi.org/10.1007/s10461-016-1671-8>
- Triandis, H. C. (1972). *The analysis of subjective culture*. Wiley.
- VERBI Software. (2019). *MAXQDA 2020*.
<http://www.maxqda.com/>
- Walters, A. S., & Valenzuela, I. (2019). “To me what’s important is to give respect. There is no respect in cheating”: Masculinity and monogamy in latino men. *Sexuality & Culture*, 23(4), 1025-1053.
<https://doi.org/10.1007/s12119-019-09615-5>
- World Health Organization. (2023). *HIV statistics, globally and by WHO region, 2023*.
<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/j0294-who-hiv-epi-factsheet-v7.pdf>

Anexo I

Versión preliminar de la Escala de Creencias Culturales sobre la Realización del Test de VIH (ECC-Test), sometida a evaluación por jueces expertos

Ítems*	CVI	V	Kappa	Decisión	Notas
1. Hacerse un test de VIH permite cuidar a las demás personas.	.89	.89	.89	Retener	-
2. Es necesario hacerse un test de VIH si se tienen sospechas de un posible contagio.	.96	1.00	1.00	Retener	-
3. Es necesario hacerse un test de VIH para saber si una/o está contagiada/o	.96	1.00	1.00	Eliminar por duplicado	El ítem se elimina por tener un contenido presente en el ítem 2
4. Es necesario hacerse un test de VIH si se ha tenido contacto con agujas usadas.	.93	1.00	1.00	Retener	-
5. Es necesario hacerse un test de VIH cuando se tienen parejas casuales.	1.00	1.00	1.00	Retener	-
6. Es necesario hacerse un test de VIH cuando se tienen muchas parejas sexuales.	.93	.89	.89	Retener	-
7. Es necesario hacerse un test de VIH si no se conoce el historial sexual de la pareja.	.93	.89	.89	Retener	-
8. Es necesario hacerse un test de VIH si se han tenido relaciones sexuales con una persona desconocida.	.96	1.00	1.00	Retener	-
9. Es necesario hacerse un test de VIH cuando se han tenido relaciones sexuales sin condón.	.93	.89	.89	Retener	-
10. Es necesario hacerse un test de VIH si mi pareja me ha sido infiel.	.89	1.00	1.00	Retener	-
11. Es necesario hacerse un test de VIH antes de empezar una relación de pareja nueva.	.96	1.00	1.00	Retener	-
12. Es necesario hacerse un test de VIH, aun cuando no se haya tenido relaciones sexuales en mucho tiempo.	.89	.89	.89	Retener	-
13. Es mejor no hacerse un test de VIH, porque puede salir positivo.	.78	.89	.89	Modificar	Se evaluó su comprensión con la muestra objetivo en grupos focales.
14. Hacerse un test de VIH no trae ninguna consecuencia negativa.	.74	.78	.78	Eliminar	El ítem se elimina por tener una redacción con doble negativo.
15. Pedir un test de VIH en un centro de salud es un procedimiento enredado.	.81	.89	.89	Retener	-
16. Hacerse un test de VIH sale muy caro.	.74	.78	.78	Modificar	Se evaluó su comprensión con la muestra objetivo en grupos focales.
17. Hacerse un test de VIH es una pérdida de tiempo.	.59	.56	.56	Eliminar	-
18. Hacerse un test de VIH implica que las demás personas juzgarán mi vida sexual.	.74	.67	.67	Modificar	Ítem original: Hacerse un test de VIH implica exponerse al “qué dirán”.
19. Hacerse un test de VIH implica que las demás personas asumirán que se tiene VIH.	.67	.67	.67	Modificar	Ítem original: Hacerse un test de VIH implica que las demás personas asumirán que se está enferma/o.
20. Hacerse un test de VIH teniendo una pareja estable hará que ésta desconfíe.	.89	.89	.89	Retener	-
21. Hacerse un test de VIH implica que las demás personas asumirán que se es homosexual.	.78	.78	.78	Eliminar	El ítem se elimina por no ser pertinente para la muestra objetivo.
22. La peor parte de hacerse un test de VIH es que te pinchen.	.67	.67	.67	Eliminar	El ítem se elimina por tender al absolutismo.
23. No es necesario hacerse un test de VIH cuando se usa condón.	.96	1.00	1.00	Eliminar por duplicado	El ítem se elimina por tener un contenido presente en el ítem 9
24. No es necesario hacerse un test de VIH si se tiene una pareja estable.	.96	1.00	1.00	Retener	-
25. No es necesario hacerse un test de VIH cuando se tiene pareja sexual única.	.96	1.00	1.00	Retener	-
26. No es necesario hacerse un test de VIH si la pareja ya se lo ha hecho.	.89	.89	.89	Retener	-
27. No es necesario hacerse un test de VIH si hay confianza en la pareja.	.93	1.00	1.00	Retener	-
28. No es necesario hacerse un test de VIH si hay comunicación en la relación de pareja.	.85	.89	.89	Retener	Se evaluó la importancia relativa de la confianza y la comunicación en la pareja.
29. Hacerse un test de VIH no es tan importante.	.81	.78	.78	Eliminar	El ítem se elimina por ser ambiguo.

Fuente: Elaboración propia