



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**ACTITUDES DE PROFESIONALES DE LA SALUD HACIA LAS  
PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA: UN ANÁLISIS DE RUTA**

Trabajo de investigación presentado por:

Maritza RODRÍGUEZ,

Y

María Eugenia TOVAR

a la

Escuela de Psicología

Como requisito parcial para obtener el título de  
Licenciado en Psicología

Profesor Guía:

Luisa ANGELUCCI

Caracas, Junio 2011.

*Para nuestros padres*

*“Educar no es dar carrera para vivir, sino temprar el alma para  
las dificultades de la vida”*

**Pitágoras**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por darme la vida, fortaleza, y bendición de culminar esta etapa tan importante de mi vida. Y a mis virgencitas del Carmen y del Valle por siempre escucharme.

A mi padres, César Rodríguez, por enseñarme el valor del amor y la amistad, por cuidarme y protegerme. Estarás siempre en mi corazón y en lo que soy. A Elda Acero, mi súper heroína por luchar siempre a mi lado, gracias por todo el valor y el amor que me regalas cada día, esta meta siempre será de las dos.

A mis hermanas Melissa Rodríguez, Mileyda Zamora, María Conchita Rodríguez y Dora Rojas, por siempre estar conmigo, ustedes me han enseñado el significado de las palabras hermandad y amistad.

A mis abuelos, tíos, primos y demás familiares, en especial a mis segundos padres Linda, Reina, y Jhonny por el amor, el apoyo y por siempre estar a mi lado.

A mi “ami” y compañera de tesis María Eugenia Tovar, por siempre estar a mi lado, apoyarme y creer en mí. Esta tesis es el símbolo de nuestra amistad y de esa promesa que hicimos cuando estábamos en primer año, de llegar a ser compañeras de tesis, lo logramos amiga. A ti y a los amigos que la UCAB me dio Mariana, María Luisa, Valentina, María del Mar, Neidegar, Estela, Carlos, Gonzalo, José Francisco, Constanza, Verónica, Gabriel, Oscar, Sara, Zuly y Mario. Le doy gracias a Dios por ponerlos en mi camino.

A mis amigos y confidentes Shermay, Yanetzi, Yetzabeth, Joseph y Hayleem, por estar a mi lado en mis tristezas y por celebrar mis alegrías, siempre serán la familia que yo escogí y que Dios me dio la bendición de conocer.

A profesores ejemplares, Oropeza, Yáber, Luisa Arenas, y José Gregorio. Y en especial a mi tutora de tesis y madrina de corazón Luisa Angelucci gracias por el apoyo.

A la Universidad Católica Andrés Bello, a la escuela de Psicología, y especialmente a Nacho y Aleida, fieles compañeros en este recorrido.

Maritza Rodríguez

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por estar conmigo día a día, darme la fuerza y la sabiduría para seguir adelante.

A mis padres, Rafael Tovar Barradas y Zulay Malavé Alcázar, por ser mi apoyo incondicional, mi fuente de amor y cariño, mi inspiración para luchar por mis metas. Por estar a mi lado durante todo el camino, ayudarme en los momentos difíciles y reír conmigo en los momentos felices. Papi, y mami los amo.

A mi hermana, Elvira Tovar Malavé, por ser mi mejor amiga, mi ejemplo a seguir, gracias por estar conmigo siempre, te adoro, eres la mejor hermana del mundo.

A Ramón Tovar López, mi abuelo “Ñan” por brindarme su apoyo a lo largo de toda mi carrera, y ofrecerme más que una casa un hogar en cual vivir durante todo este tiempo.

A Tibu, mi mamá de Caracas, gracias por el amor incondicional.

A Javier Tovar Guédez, mi primis hermoso, mi hermano, mi confidente y amigo, gracias por estar ahí siempre, en las buenas y en las malas.

A mi amiga, y compañera de tesis, Maritza Rodríguez, por todas las noches de estudio, rumbas, playa, viajes, trasnochos, en fin, por ser mi mejor amiga, te quiero mucho.

A mis amigos, Yoletty, Mariana, Cota, Mar, Marilú, Neide, Carlos, Gonzo, Gabo y Oscar por los buenos momentos vividos, por ser mi contención en los momentos difíciles.

A mi Alma Mater, la Universidad Católica Andrés Bello, por ser mi fuente de conocimiento. A todos mis profesores, que contribuyeron con mi aprendizaje y formación.

A mi tutora, Luisa Angelucci, por ser mucho más que una tutora, excelente profesora, persona y amiga.

A Nacho y Aleida, por siempre estar ahí con una sonrisa y brindarme su ayuda.

María Eugenia Tovar Malavé.

# ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
AGRADECIMIENTOS.....	iii
INDICE DE CONTENIDO.....	v
INDICE DE TABLAS.....	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	viii
RESUMEN.....	ix
<b>I.INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>10</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>12</b>
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).....	12
Actitudes.....	17
Actitudes hacia las PVVS.....	24
<b>III. MÉTODO.....</b>	<b>49</b>
Problema a investigar.....	49
Hipótesis.....	49
Tipo y diseño de investigación.....	54
Población y muestra.....	55
Instrumentos.....	57
Procedimiento.....	64
<b>IV. ANÁLISIS DE DATOS.....</b>	<b>66</b>
<b>V. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>68</b>
<b>VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>81</b>
<b>VII. CONCLUSIONES.....</b>	<b>89</b>
<b>VIII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>91</b>
<b>IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>93</b>

ANEXO A. Escala de Actitud hacia las PVVS.

ANEXO B. Escala modificada de Actitud hacia las PVVS

ANEXO C. Escala de Homofobia

ANEXO D. Escala de Liberalismo sexual

ANEXO E. Escala de Percepción de riesgo a la infección con VIH/SIDA

ANEXO F. Componente cognoscitivo de la escala de actitud ante el SIDA

ANEXO G. Escala de Creencias hacia la enfermedad de SIDA

ANEXO H. Tipo de contacto y datos de identificación

ANEXO I. Confiabilidad de la Escala de Actitud hacia las PVVS

ANEXO J. Confiabilidad de la Escala de Homofobia

ANEXO K. Confiabilidad de la Escala de Percepción de riesgo a la infección con VIH/SIDA

ANEXO L. Confiabilidad de la Escala de Liberalismo sexual

ANEXO M. Confiabilidad de la Escala de Creencias hacia la enfermedad de SIDA

ANEXO N. Matriz de Correlaciones entre las variables

ANEXO O. Análisis de regresión múltiple: Actitud de defensa de los derechos humanos y benevolencia hacia las PVVS

ANEXO P. Análisis de regresión múltiple: Actitud de aceptación hacia las PVVS

ANEXO Q. Análisis de regresión múltiple: Homofobia

ANEXO R. Análisis de regresión múltiple: Percepción de riesgo a la infección con VIH/SIDA

ANEXO S. Análisis de regresión múltiple: Liberalismo sexual

ANEXO T. Análisis de regresión múltiple: Creencias de prevención, síntomas y sesgos

ANEXO U. Análisis de regresión múltiple: Creencias de transmisión del VIH/SIDA.

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. <i>Matriz factorial rotada de la escala de actitud hacia las PVVS</i> .....	69
Tabla 2. <i>Matriz factorial rotada de la escala de creencias hacia las PVVS</i> .....	71
Tabla 3. <i>Descriptivos de las variables</i> .....	73
Tabla 4. <i>Coeficiente B, Beta y significancia asociada para el factor defensa de los derechos humanos y benevolencia hacia las PVVS</i> .....	75
Tabla 5. <i>Coeficiente B, Beta y significancia asociada para el factor Aceptación hacia las PVVS</i> .....	76
Tabla 6. <i>Coeficiente B, Beta y significancia asociada para la homofobia</i> .....	77
Tabla 7. <i>Coeficientes B, Beta, y significancia asociada para la variable percepción de riesgo a la infección con VIH/SIDA</i> .....	77
Tabla 8. <i>Coeficiente B, Beta y significancia asociada para liberalismo sexual</i> .....	78
Tabla 9. <i>Coeficiente B, Beta y significancia asociada para el factor prevención, síntomas y sesgos hacia el VIH/SIDA</i> .....	79

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
<i>Figura 1.</i> Diagrama de ruta propuesto .....	49
<i>Figura 2.</i> Modelo de ruta definitivo.....	79



## RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue analizar los efectos de la edad, sexo, homofobia, liberalismo sexual, creencias hacia la enfermedad de SIDA, cargo profesional, percepción del riesgo a la infección, contacto profesional y contacto personal, sobre las actitudes de los profesionales de la salud hacia las PVVS.

Para contrastar las hipótesis planteadas en esta investigación, se aplicaron seis instrumentos: la escala de actitudes hacia las PVVS, la escala de creencias hacia la enfermedad de VIH/SIDA, la escala de homofobia, la escala de liberalismo sexual, la escala de percepción de riesgo a la infección al VIH/SIDA, y el reporte de sujetos en relación al tipo de contacto establecido con las PVVS (personal y/o profesional). Estos instrumentos se administraron a una muestra de 226 sujetos, 118 enfermeros(as) y 108 médicos, de estos 167 fueron mujeres y 59 hombres, con edades comprendidas entre 18 y 69 años.

Los resultados mostraron que los profesionales de la salud presentan actitudes favorables hacia las PVVS, las cuales pueden ser de dos tipos, las primeras se caracterizan por defender los derechos humanos y benevolencia hacia este colectivo y las segundas están relacionadas con la aceptación e inclusión de las PVVS en la sociedad. Para ambos tipos de actitud se encontró influencia de las creencias que se tienen acerca de la enfermedad, de manera que creencias de prevención, síntomas y sesgos asociadas al VIH/SIDA y creencias relacionadas con los medios de transmisión se relacionan con las actitudes de defensa de los derechos humanos y benevolencia; mientras que las actitudes de aceptación se ven influidas sólo por las creencias de los medios de transmisión y la homofobia. En relación a la homofobia se encontró que los hombres muestran mayor rechazo ante la población homosexual, y a que su vez son más liberales en la expresión de la sexualidad en comparación con las mujeres.

De acuerdo con esto, se evidenció que las actitudes hacia las PVVS se pueden diferenciar, al tomar en cuenta las creencias hacia la enfermedad, el liberalismo sexual y la homofobia.

## I.INTRODUCCIÓN

Llamada la pandemia del siglo, el VIH/SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es una de las enfermedades que mayores pérdidas de tipo económico, social, político y legal, ha causado en el siglo XX, esto debido a todo el trabajo que implica elaborar planes de prevención y tratamiento de la enfermedad. Asimismo es considerada una problemática de salud pública a nivel mundial, ya que las cifras de los niveles de incidencia de ésta, aumentan desmesuradamente año tras año, se estima que para finales del 2009 habían 33.3 millones de personas que vivían con VIH/SIDA (PVVS), lo cual supone un incremento del 27% en comparación con los 26.2 millones de PVVS que habían para finales de 1999 (ONUSIDA, 2010).

Estas PVVS según lo expuesto por Prieto (1999) constituyen un objeto de discriminación, incomprensión y rechazo por parte de determinados sectores sociales, esto debido en gran medida a las creencias erróneas que se tiene acerca del virus y sus implicaciones. Los profesionales de la salud, al culminar su formación como diestros en su área, asumen el compromiso ético de cuidar la salud de las personas y de la comunidad sin discriminación alguna, respetando la vida y los derechos humanos. Sin embargo, éstos no están exentos del fenómeno de discriminación hacia las PVVS, presentando así actitudes catalogadas como negativas, las cuáles más allá de implicar comportamientos que violan el código deontológico de su profesión, son consideradas perjudiciales para las PVVS.

Estas actitudes son definidas de acuerdo con Morales (1999) como una “tendencia psicológica que se expresa mediante la evaluación de una entidad (u objeto) concreto con cierto grado de favorabilidad o desfavorabilidad” (p.132), y que en este caso se especifica a la entidad como las PVVS y al sujeto que posee la tendencia como el profesional de la salud.

De esta manera, la presente investigación versa sobre la identificación de las actitudes de los profesionales de la salud hacia las PVVS a partir de la influencia de las variables, edad, sexo, homofobia, liberalismo sexual, creencias hacia la enfermedad de

SIDA, cargo profesional, percepción de riesgo a la infección, contacto profesional y contacto personal hacia estas personas. Relaciones consideradas importantes, ya que como se ha encontrado en diferentes investigaciones las PVVS que sufren de discriminación por parte de sus proveedores de cuidado de la salud tienen menor probabilidad de buscar ayuda y mayor probabilidad de dar información vaga o pobre con respecto a su condición de salud (Lillie-Blanton, Brodie, Rowland, Altman, y McIntosh, 2000; cp. Fair y Ginsburg, 2010;

Este estudio se enmarca dentro de dos áreas de la psicología, a saber psicología social y psicología de la salud; la primera se entiende como “la disciplina científica que busca entender la naturaleza y las causas del comportamiento y del pensamiento individual en situaciones sociales” (Baron y Byrne, 2005, p.5), mientras que la segunda se define según Matarazo (1980; cp. Trull y Phares, 2003) como el conjunto de contribuciones científicas de la psicología al estudio, promoción, prevención, y mantenimiento de la salud, así como al diagnóstico, tratamiento y etiología de la enfermedad.

Por lo mencionado anteriormente este estudio es considerado pertinente debido a que brinda información relevante que debe considerarse al momento de tratar con las PVVS, con el fin de mejorar la calidad de atención médica brindada y así favorecer la calidad de vida de las PVVS. Es importante comprender que los profesionales de la salud son una pieza fundamental para el futuro del VIH/SIDA, esto por que ellos deben difundir la información acerca de la prevención, incentivar a las personas a realizarse pruebas y tomar medidas de prevención, y apoyar la adherencia al tratamiento médico.

Es importante señalar que en la presente investigación se tomaron en cuenta los principios generales contemplados en el Código Deontológico de la Práctica de la Investigación en Psicología (2002), estos son: competencia, responsabilidad, respeto por los individuos, compromiso con la sociedad y concordancia con los principios de la ciencia y tecnología. Asimismo en el trato con los participantes se consideró la privacidad de la información específicamente, confidencialidad y respeto por la información privada.

## **II. MARCO TEÓRICO**

### **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)**

El SIDA es una etapa avanzada del VIH. Este virus se caracteriza por un debilitamiento gradual del sistema inmune, al invadir y destruir las células que ayudan a combatir las infecciones que atacan al organismo. El sistema inmune es una red equilibrada de defensa que protege, repara y sana el organismo. El VIH destruye este equilibrio acabando con los componentes claves de dicho sistema. Se conocen dos virus de este tipo, el VIH-1 y el VIH-2, ambos producen el mismo efecto descrito (Federación Mundial de Hemofilia y Organización Mundial de la Salud, 1990). La ONUSIDA (2006), señala que el VIH es un microorganismo que ataca al sistema de defensa del organismo, generando un debilitamiento de éste, que lo hace más vulnerable a infecciones y cánceres.

Para la transmisión del VIH se han identificado tres principales vías de infección, a saber, mediante relaciones sexuales sin protección tanto heterosexuales como homosexuales, exposición a sangre infectada con VIH y, por transferencia transplacentaria y perinatal de madre a hijo (ONUSIDA, 2006).

En relación a lo anteriormente señalado es importante especificar en qué consisten estas tres vías de transmisión. Las relaciones sexuales sin protección, tanto heterosexuales como homosexuales, suponen una vía de infección debido a que los fluidos genitales entran en contacto con las membranas mucosas expuestas (vagina, uretra, boca o mucosa ano-rectal). La penetración anal sin protección representa la vía de transmisión sexual con mayor probabilidad de infección, principalmente para el individuo receptor, y el coito vaginal sin protección representa la segunda vía de transmisión sexual con probabilidades altas de infección. Las relaciones sexuales orales no protegidas son consideradas vías de transmisión debido a que si existen lesiones orales o faríngeas como encías sangrantes, úlceras, abscesos dentarios, infecciones, entre otros, que facilitan una posible infección (ONUSIDA, 2006).

La exposición a la sangre, representa la vía de transmisión con mayor probabilidad de infección, ya que se introduce la sangre infectada con el VIH al torrente sanguíneo del sujeto sano. Esto puede ocurrir por compartir instrumentos para el consumo de drogas o por transfusiones de sangre no examinada previamente (ONUSIDA, 2006).

Finalmente, la transmisión puede ocurrir por traspaso de madre a hijo, llamada también transmisión vertical, se caracteriza por la exposición del niño a la sangre infectada con VIH de la madre, durante el embarazo o en el trabajo de parto (ONUSIDA, 2006).

Cahn y et.al, (1992; cp. Zamora, 1997) señalan que en el proceso de transmisión del virus, las manifestaciones somáticas que presentan los sujetos pueden ser inespecíficas, encontrándose sujetos que no presentan síntomas evidentes y sujetos que presentan herpes zóster, lesiones en la mucosa, fiebre, diarrea, sudores nocturnos y cansancio muscular.

La Organización Mundial de Salud (OMS) (2005) caracteriza los síntomas en función de las cuatro fases de la infección que proponen, en la infección primaria no se observan síntomas (asintomática) o pueden manifestarse algunos síntomas a partir del síndrome retroviral agudo. La primera etapa clínica también puede ser asintomática o puede presentarse inflamación general de los nódulos linfáticos, en la segunda etapa clínica se evidencia pérdida de peso, infecciones recurrentes del tracto respiratorio y herpes zóster. En la tercera etapa clínica se observa diarrea crónica sin causa aparente, fiebre persistente, candidiasis o leucoplaquia oral, tuberculosis pulmonar, infecciones bacterianas graves e inflamaciones necrotizantes agudas en la boca. Finalmente, la etapa clínica cuatro incluye 22 infecciones relacionadas con el VIH, entre las que se encuentran neumonía bacteriana grave recurrente, infección crónica por herpes simple, candidiasis esofágica, tuberculosis extra pulmonar, sarcoma de kaposi, entre otras. El término SIDA se utiliza cuando se manifiesta alguna de estas infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH.

El SIDA, se considera como la fase más avanzada y severa del VIH, y es definida como una enfermedad crónica e infecciosa, ocasionada por el VIH, la cual anula el

funcionamiento del sistema inmunológico, esta etapa se caracteriza porque el organismo no posee ningún tipo de defensa en contra de otros microorganismos o enfermedades (Suárez y Vollmer, 1989). La característica principal del SIDA es la presencia de estas infecciones o enfermedades llamadas oportunistas, ya que el organismo no cuenta con células de defensa que puedan combatir las mismas (ONUSIDA, 2006).

Actualmente no se cuenta con una cura o tratamiento que elimine el virus, sin embargo, existe un tratamiento antirretroviral que facilita la calidad de vida del individuo con VIH y retrasa la aparición del síndrome (ONUSIDA, 2006).

Adicionalmente a todas las consecuencias biológicas y físicas que son causadas por el VIH/SIDA, las personas infectadas se enfrentan diariamente a diversas situaciones sociales como estigmatización y discriminación (consecuencia de las formas de transmisión de este virus) las cuales repercuten considerablemente en el estado psicológico y emocional de las mismas (Varas-Díaz, Serrano-García, y Toro-Alfonso, 2005).

Sohler, Li y Cunningham (2007, cp. Fair y Ginsburg, 2010) explican que el proceso de discriminación y estigmatización que atraviesan las PVVS es un fenómeno muy complejo, esto debido a que las personas infectadas suelen estar a su vez vinculadas con grupos que son también estigmatizados, como por ejemplo, drogadictos, indigentes, homosexuales, y minorías raciales y étnicas. Como señalan White y Carr (2005) esta relación es una creencia errónea que se puede tener acerca de la sexualidad y VIH/SIDA, ya que la misma no se corresponde con los datos actuales, y se ve influenciada por el origen de la epidemia del SIDA, en donde se atribuyó su expansión a conductas consideradas desviadas por la sociedad, tales como la homosexualidad, drogadicción y prostitución, los cuales han sido reforzados por los enfoques tradicionales y conservadores predominantes.

El estigma se conceptualiza como una identidad negativa asociada a una persona o un grupo de personas, en este caso relacionado a las PVVS (Goffman, 1963; cp. Zamora, 1997). Otros autores como Crocker, Major y Steele (1998; cp. Molero, 2007) definen que la

estigmatización es un fenómeno social que ocurre cuando un grupo mayoritario percibe características y atributos reales o no, de otro grupo minoritario, a las cuales les atribuyen características negativas o devaluadas.

Cuando las PVVS concientizan el estigma hacia ellos por parte de otros individuos o instituciones se habla de que el estigma ya ha sido internalizado (Hereck, 2007; cp. Fair y Ginsburg, 2010). En este contexto, el individuo estigmatizado integra los prejuicios sociales en su sistema de ideas o sistema de creencias y acepta que las actitudes punitivas de los demás tienen justificación. Esto puede generar serias consecuencias a nivel psicológico, ya que altos niveles de estigma internalizada se asocian con sentimientos de odio hacia sí mismo, baja adherencia al tratamiento médico, y disminución de seguimiento para el cuidado de la salud mental (Reece, 2003; cp. Fair y Ginsburg, 2010).

Varas-Díaz, et al. (2005) reportan que las PVVS experimentan estos sentimientos de estigma y discriminación en diversos contextos como la familia, amigos, pareja, compañeros de trabajo y profesionales de la salud, y en consecuencia se observa pérdida de apoyo social, persecución, aislamiento, pérdida de trabajo y dificultades para acceder a servicios de salud

De acuerdo con esto, Shamos, Hartwig, y Zindela (2009) han planteado que las PVVS experimentan consecuencias psicológicas producto de la estigmatización y discriminación, que varían en función del grupo social al que se refiere. En la relación familiar los pacientes experimentan sentimientos de pérdida de la relación con sus parientes debido a la falta de aceptación de los miembros de la familia hacia la enfermedad. Asimismo algunos cuidadores, especialmente los que forman parte de la familia, pueden ocasionalmente sufrir también de alguna clase de estigma la cual tiene un impacto en su vida diaria, lo cual conlleva a cierto retiro social y evitación para mantener conversaciones relacionadas con el VIH (Pointdexter y Linsk, 1999; Crawford, 1996; Lesar, Gerber y Semmel, 1995; Mellins y Ehrhardt, 1994; cp. Reece, Tanner, Karpiak, y Coffey, 2007).

En el ambiente laboral la discriminación hacia las PVVS genera un sentimiento de miedo, al no poder conseguir o mantener un trabajo, y miedo a ser maltratado por los colegas. Asimismo se evidencia ansiedad ante la posibilidad de ser despedidos o la posibilidad de que sus jefes soliciten su renuncia debido a su condición de salud (Shamos, et al., 2009). En la relación de pareja se experimentan situaciones en las que las PVVS sienten miedo, culpa y perciben situaciones de rechazo por parte de su pareja. Generalmente las PVVS sienten miedo de ser acusados de infidelidad y falta de confianza, así como miedo a perder la relación (Shamos, et al., 2009).

Las PVVS que sufren de discriminación por parte de sus proveedores de cuidado de la salud son menos propensas a buscar ayuda y más propensas a dar información vaga o pobre sobre su condición de salud (Lillie-Blanton, Brodie, Rowland, Altman, y McIntosh, (2000; cp. Fair y Ginsburg, 2010), así como a esconder su status mientras reciben atención médica, debido a la preocupación de que el proveedor de cuidado pueda tener opiniones desfavorables hacia individuos infectados (Reece, 2003; cp. Fair y Ginsburg, 2010)

En relación a la discriminación del personal de la salud hacia las PVVS, Thorburn, Bogart, y Delahanty (2004; cp. Fair y Ginsburg, 2010) señalan que a mayor discriminación hacia este grupo de sujetos, mayor será el riesgo de las PVVS de caer en depresión, severidad en los síntomas relacionados con el SIDA y disminución de la satisfacción con respecto a la atención que le ofrecen.

Como se puede observar las PVVS experimentan diferentes consecuencias de índole biológica, psicológica y social producto de la infección. En la presente investigación se considera pertinente la aproximación psicosocial a este fenómeno, resaltando la importancia de la percepción que tienen los otros hacia las PVVS.

En el abordaje de la percepción que se tiene de las PVVS, es importante destacar otros elementos que influyen en la percepción social, tales como las actitudes negativas,



prejuicios y estigmatización, lo cual conlleva a conductas discriminatorias, aislamiento y distancia social.

En este sentido el estudio de la actitud es importante, enmarcado en la noción de percepción social, ya que su concepción permite relacionar la evaluación afectiva que tiene un sujeto hacia un objeto social, en este caso hacia las PVVS. Por lo tanto, es conveniente profundizar más en este concepto.

## **Actitudes**

Autores como Worchel, Cooper, Goethals y Olson (2002) indican que dentro de la psicología social se han incluido diversas definiciones de las actitudes, y no se ha llegado a un acuerdo entre las mismas. Sin embargo, hay algunas definiciones que tienen una mayor aceptación que las demás.

Una de estas definiciones indica que las actitudes son una “tendencia psicológica que se expresa mediante la evaluación de una entidad (u objeto) concreto con cierto grado de favorabilidad o desfavorabilidad” (Eagly y Chaiken, 1993; cp. Morales, 1999, p.132).

De esta manera la actitud puede ser considerada como un esquema de evaluación bipolar, ya que abarca un polo tanto negativo como positivo, por lo cual se afirma que:

este indicador se define mediante dos elementos, la dirección o valencia, y la intensidad o polaridad. La dirección o valencia de las actitudes se refiere a la valoración positiva, neutra o negativa que la persona atribuye al objeto actitudinal (Briñol, Falces y Becerra, 2007 p. 461)

Por otra parte, Allport (1935) define la actitud como un “estado mental y neurológico de atención, organizado a través de la experiencia, y capaz de ejercer una

influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con las que está relacionado” (cp. Rodrigues, 1981, p. 329).

Otra definición que ha sido ampliamente aceptada es la siguiente “evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas que, técnicamente, reciben la denominación de *objetos de actitud* [cursivas en el original]” (Briñol, et al. 2007).

Al entender las definiciones de actitud se pueden derivar varias características centrales de las mismas, según Worchel, et al. (2002), se pueden nombrar cuatro, a saber:

1. Hacen referencia a un objeto fijo o a un referente, es decir, siempre están enfocadas a un objetivo bien sea este una persona, una conducta, un objeto, una idea o un grupo social.

2. Aluden a las evaluaciones que se realizan acerca de un objetivo en particular, son juicios que se realizan en función de una dimensión evaluativa, las cuales indican percepciones de agrado o desagrado hacia el objetivo en cuestión.

3. Se encuentran representadas en la memoria, es por ello que se adaptan a la red o estructura de representación en la misma.

4. Se desarrollan tomando como base la información cognitiva, afectiva o conductual.

Otros autores como Vallerand, (1994; cp. Ubillos, Mayordomo y Pérez, 2004) señalan otras características, a saber, a) la actitud es un constructo no observable directamente, b) requiere de organización entre aspectos cognitivos, afectivos y conativos, c) presenta un aspecto motivacional, es decir, orienta e impulsa al sujeto para la acción, y d) es aprendida y perdurable.

Las actitudes como juicios evaluativos cumplen varias funciones, en este sentido Katz (1960; cp. Worchel, et al., 2002) indica cuatro principales: función utilitaria, función de conocimiento, función expresiva del valor y función defensiva del ego. La función utilitaria o también llamada instrumental o adaptativa, afirma que los sujetos se esfuerzan por maximizar las recompensas y minimizar los castigos, generando actitudes favorables hacia aquellos objetos que producen recompensas y actitudes desfavorables hacia objetos que conducen al castigo (Worchel, et al., 2002). Esta función también indica un elemento de adaptación social debido a que los individuos en varias ocasiones asumen determinadas actitudes para ser aceptados en su medio más que por el objeto mismo (Salazar, et al. 1980).

La función de conocimiento hace referencia a que las actitudes permiten organizar el ambiente, de tal manera que los elementos del entorno que son incompatibles son reestructurados para buscar el orden y la coherencia cognitiva (Rodríguez, 1981). De esta forma, las actitudes facilitan la comprensión del entorno ya que suministran información resumida y simplificada del ambiente (Worchel, et al., 2002). La función expresiva establece que las actitudes permiten la traducción de los valores internos del individuo en emociones y sentimientos que son expresados a las demás personas. Finalmente la función defensiva del yo afirma que las actitudes son útiles para proteger al yo de conflictos, situaciones dolorosas o verdades indeseables, siendo así un mecanismo de defensa para el sujeto (Rodríguez, 1981; Worchel, et al., 2002).

Por otra parte, las posturas teóricas en relación a la estructura de las actitudes se han agrupado en tres tipos de modelos, estos son tridimensionales, bidimensionales y unidimensionales (Ubillos, et al. 2004).

Las posturas tridimensionales son las que presentan mayor estudio, estas señalan un enfoque de tres componentes, el cual afirma que la formación de las actitudes se basa en tres tipos de información: la cognoscitiva, la afectiva y la conductual. La consolidación de las actitudes puede ser a partir de uno de estos tres componentes o de su combinación.

(Fazio y Olson, 2003). Sin embargo, se deben analizar los tres componentes, y determinar la preponderancia de cada uno de ellos, esto debido a que no se espera que tengan la misma intensidad dentro de la constitución de la actitud, pero sí se espera armonía y coherencia entre los mismos (Rodríguez, 1986; cp. Zamora, 1997).

En relación al componente cognoscitivo Morales (1999) indica que está conformado por todas las percepciones que el individuo posee referente al objeto de la actitud. Este componente también ha sido denominado el elemento racional de la actitud, e incluye creencias, ideas y conocimientos que se tiene hacia un objeto (McDavid y Harari, 1969; Rodríguez, 1981).

El segundo componente corresponde al afectivo, éste se entiende como los sentimientos a favor o en contra del objeto actitudinal (Morales, 1999). Este componente se relaciona con el anterior en el sentido de que se necesita una previa elaboración cognitiva del objetivo, es decir, se elabora un conocimiento acerca del objeto actitudinal que inducen respuestas afectivas, tales como sentimientos, sensaciones o emociones favorables o desfavorables (Worchel, et al., 2002).

Finalmente el último componente es el conductual, el cual es definido como:

las tendencias, disposiciones e intenciones hacia el objeto, así como las acciones dirigidas hacia el; crea un estado de predisposición a la acción que al combinarse con una situación activadora específica resulta en una conducta. Por lo tanto, las actitudes pueden ser consideradas como buenos elementos para la predicción de la conducta manifiesta (Rodríguez, 1997; cp. Díaz y Ron, 1999, p.19).

Como indica McDavid y Harari (1969) el componente conductual se puede relacionar con el afectivo, ya que los sentimientos positivos generados por el objeto actitudinal tienden a dirigir al individuo a un contacto más estrecho y una experiencia

prolongada con dicho objeto, mientras que sentimientos negativos tienden a generar conductas de escape o evitación hacia el objeto actitudinal. Visto de esta manera se puede decir que la actitud posee una propiedad motivacional que rige la conducta del individuo.

Esta postulación tridimensional es una de las posturas más tradicionales, y también ha sido llamada teoría de la consistencia (Festinger, 1957; Festinger y Carlsmith, 1959; Rosenberg, 1960; Zajonc, 1968), ya que supone que debe existir una concordancia entre los tres componentes, por lo cual, un cambio en uno de los componentes supondría un cambio en los otros dos. Sin embargo, esta perspectiva ha recibido críticas fundamentadas en investigaciones de campo. Estas críticas se pueden resumir en dos razones, por un lado asumir estos tres componentes supondría que la definición de actitud implica la explicación del fenómeno, y por otro lado que en ocasiones la conducta en sí puede ser un objeto actitudinal (cp. Ubillos, et al. 2004).

A raíz de lo anterior surge el modelo bidimensional de la actitud, el cual sugiere que la estructura de la actitud está compuesta por el componente cognoscitivo y afectivo, dejando a un lado el componente conductual (Ubillos, et al. 2004).

Los modelos más actuales en relación a las actitudes son los unidimensionales, estos indican que la actitud posee un carácter evaluativo, siendo “sinónimo de sentimientos de simpatía-antipatía, aproximación rechazo, hacia el objeto actitudinal” (Ubillos, et al. 2004, p. 308).

Una de las teorías que se ha considerado para explicar la formación de actitudes es la Teoría de la Acción Razonada (TAR). Esta fue propuesta por Fishbein y Ajzen (1975) y es considerada una postura en la cual se resalta la unidimensionalidad de la actitud como un fenómeno afectivo el cual se ve influenciado por la creencia (cp. Ubillos, et al. 2004). Esta afirmación se fundamenta en la determinación de las actitudes por medio de las creencias que el sujeto posee acerca del objeto actitudinal, basándose en la relación expectativa-valor. (Briñol, et al. 2007).

La TAR enfatiza que los seres humanos, son seres racionales los cuales actúan de manera deliberada basándose en la información que proviene del ambiente, es decir, que los actos se realizan primordialmente al apoyarse en información cognitiva; en este sentido, plantean a un individuo que utiliza la experiencia o las consecuencias de sus actos antes de tomar una decisión ante un determinado evento (Fishbein y Ajzen, 1965, cp. Worchel, et al. 2002).

En la TAR se propone que el hecho de involucrarse en una conducta específica es producto de un proceso racional, el cual se encuentra orientado hacia una meta y sigue una secuencia lógica; en éste se toman en consideración las diversas opciones de la conducta, se hace una valoración de las consecuencias de cada una de éstas y se toma una decisión de actuar o no hacerlo (Baron y Byrne, 2005). Es decir, la conducta se ve influenciada por la intención de la conducta y esta a su vez por la actitud y la norma subjetiva (Ubillos, et al. 2004).

Los sujetos decidirán actuar si consideran que el resultado obtenido los encaminará hacia la dirección planificada por ellos, y decidirán no hacerlo si consideran que la acción a realizar los alejará de su objetivo o meta (Brannon y Feist, 2000). La decisión tomada se ve reflejada en las intenciones conductuales, las cuales están determinadas por la influencia de dos factores: las creencias que tienen los sujetos acerca del objeto, o en otras palabras la valoración personal del comportamiento y, las normas subjetivas, las cuales se refieren a la percepción que tendrán los otros acerca de la ejecución o no de esta acción (Baron y Byrne, 2005).

Una modificación de la TAR de Fishbein y Ajzen (1975, cp. Worchel, et. al 2002), es la Teoría de la Acción Planificada (TAP) la cual incluye un tercer factor que influye en la intención, a saber, el concepto de control conductual percibido. La diferencia con la teoría presentada anteriormente radica en la inclusión de la percepción del control que el individuo tiene sobre su comportamiento; a mayor cantidad de recursos que la persona crea

tener, más firme será la creencia del sujeto de que puede controlar su comportamiento (Brannon y Feist, 2000).

La noción de control percibido se introduce en el modelo para explicar la percepción que poseen los sujetos de los obstáculos internos y externos, es decir, la percepción de la ausencia de habilidades y competencias, y la poca accesibilidad y colaboración de otros (Ubillos, et al. 2004).

Como puede verse los modelos mencionados anteriormente plantean que los sujetos poseen una serie de creencias en relación a la actitud, que pueden ser desde estimaciones de probabilidad y conductas deseables en relación al objeto actitudinal, hasta expectativas de lo que sería este objeto para los demás (Briñol, et al. 2007).

A fines de la presente investigación, partiendo desde los modelos unidimensionales, se considera las PVVS como un objeto actitudinal, a los cuales los sujetos les pueden atribuir tendencias, disposiciones, acciones, y sensaciones o emociones favorables o desfavorables. En este sentido, las personas pueden tener un determinado tipo de actitud hacia las PVVS.

Dentro del grupo de personas que puede presentar una determinada actitud hacia los PVVS se encuentran los profesionales de la salud. Como señala Infante, et al., (2006), el personal de la salud es uno de los grupos con mayor influencia para estas personas, por lo cual evaluar las características actitudinales de este personal se hace relevante para comprender muchas de las vivencias y percepciones que tienen las PVVS hacia sí mismo, la enfermedad y su la calidad de vida. Como consecuencia de esto, la actitud que tengan los profesionales de la salud hacia las PVVS va influir de forma significativa en la disposición de estos a recurrir a los servicios de salud, bien sea por resistencia una vez que asistan a estos o simplemente por no asistir.

Merino-Godoy (2004) afirma que los profesionales de la salud ejercen un papel fundamental en la epidemia del SIDA, tanto por la atención que brindan a las PVVS como por la trascendencia que tienen sus opiniones y actitudes en la información que brindan, la cual puede evitar situaciones de riesgo y evitar cualquier clase de marginación.

En este sentido, a continuación se detallarán investigaciones sobre la actitud de los profesionales de la salud hacia las PVVS, evaluando las variables que influyen directa e indirectamente en este fenómeno.

## **Actitudes hacia las PVVS**

Se han encontrado diversos hallazgos empíricos relacionados con las actitudes hacia las PVVS, y éstos abordan el tema a partir de diferentes variables. En la investigación realizada por el Sindicato Médico de Uruguay en el año 1998, los autores se plantearon como objetivo principal conocer las actitudes y prácticas en médicos y practicantes de medicina hacia el VIH/SIDA. Se llevó a cabo una investigación exploratoria mediante la aplicación de encuestas que fueron analizadas de forma cualitativa. Contaron con una muestra de 336 trabajadores de la salud de los afiliados al Sindicato Médico del Uruguay, de estos 154 eran mujeres y 166 hombres, y los 16 restantes no especificaron el sexo, el 72.2% eran menores a 50 años. A los participantes se les suministró una encuesta constituida por preguntas referentes a las actitudes hacia las PVVS (Galzerano, et al., 1998).

Los autores esquematizaron las actitudes de los profesionales de la salud en tres planos: el científico-técnico, el ético y el afectivo. En relación al primero se hizo referencia a la decisión voluntaria o no de la administración de pruebas de detección en los pacientes que asisten a atención médica. Los resultados encontrados en esta área reflejaron cierta homogeneidad en las respuestas, la mayoría de los profesionales estuvieron de acuerdo con



que se debían administrar las pruebas siempre que se tratara de pacientes con conductas de alto riesgo, sea esta de forma voluntaria o no (Galzerano, et al., 1998).

El plano ético, se relacionó con la actitud hacia los derechos de confidencialidad de las PVVS. Los resultados encontrados al respecto indicaron que el 42% de los profesionales de la salud estaban de acuerdo con que la condición del portador del VIH debía ser notificada a los miembros del núcleo familiar de la PVVS, su pareja sexual y al personal de la salud, aún sí el paciente se negaba a comunicar su condición (Galzerano, et al., 1998).

El último plano investigado se correspondía con el componente afectivo en la relación entre el médico y la PVVS. Los hallazgos en este ámbito indicaron que la mayoría de los encuestados tendían a presentar sentimientos hacia las PVVS en dos polos, estos fueron llamados por los autores sentimientos neutros y sentimientos de rechazo (Galzerano, et al., 1998).

En esta investigación se llegó a la conclusión de la existencia de tensiones por parte de los profesionales de la salud a la hora de trabajar con PVVS, que se ven manifestadas en el rechazo explícito e implícito a atenderlos, y el miedo a la posible infección. De esta manera los investigadores recomendaron para futuras investigaciones el estudio de estas variables.

Otra investigación al respecto fue llevada a cabo por Duyana, Agalarb y Sayekc (2001) quienes realizaron un estudio con el fin de determinar las actitudes de los médicos cirujanos hacia las PVVS que podían estar en su entorno laboral.

Los investigadores se basaron en las postulaciones de Aral y Frasen (1995; cp. Duyana, et al. 2001) que señalan que en la población general de Turquía existía un gran tabú en relación a la discusión de los temas sexuales, caracterizándose así por ser un país bastante conservador y tradicional en relación a la sexualidad. Entre estos pensamientos conservadores destacaron los siguientes: a) elección de pareja en concordancia con los

valores y estatus de las familias, b) prohibición de relaciones prematrimoniales, c) estereotipos en los comportamientos de los hombres y mujeres, d) educación sexual bastante pobre de los niños, niñas y adolescentes, e) relaciones extramatrimoniales condenables, f) la sexualidad entendida como algo vergonzoso y g) prejuicios relacionados con la homosexualidad. Esto ha generado la continuidad en el tiempo de creencias erróneas acerca de su origen y transmisión, encontrándose todavía en la población percepciones de que el VIH/SIDA es una enfermedad solo de homosexuales y que puede ser transmitida a través de contactos como besar, abrazar o estrechar la mano.

La muestra del estudio estuvo conformada por 128 cirujanos y residentes de cirugía, 44 mujeres y 84 hombres, del Hospital de la Universidad de Hacettepe de Ankara, Turquía. A estos les fue suministrado un cuestionario, para recolectar datos personales (sexo, edad y experiencia laboral), conocimientos acerca del VIH/SIDA, y actitudes.

Los resultados encontrados indicaron que no existían diferencias estadísticamente significativas en relación a las actitudes de los médicos con respecto al sexo, edad y experiencia profesional. Adicionalmente se halló que aun estando informados acerca de la enfermedad, el 37.5% de los médicos no se sentían cómodos durante la atención hacia las PVVS; teniendo sentimientos negativos como molestia, preocupación, miedo e ira cuando atienden a estos pacientes. El 82% de los médicos se sentían preocupados por contraer el virus. Un tercio de los mismos no se planteaba la posibilidad de establecer un contacto de tipo social con estas personas (Duyana, et al. 2001).

Asimismo un 42.2% de los encuestados opinaron que los profesionales de la salud tienen el derecho de negarse a atender a las PVVS Y un tercio de ellos creían que tenían que contar con beneficios adicionales tales como aumentos de salarios por tratar a las PVVS. Mientras que una cuarta parte de los médicos señalaba sentirse molestos al atender a personas que contrajeron el virus por medio de conductas de alto riesgo. Finalmente, el 44% de los médicos reportó no querer trabajar en el mismo ambiente de trabajo con otros

profesionales que tuvieran VIH/SIDA, y pensaban que estos debían ser restringidos en su ámbito de trabajo.

En líneas generales los autores llegaron a la conclusión que los médicos cirujanos sobreestiman el riesgo de contraer el VIH/SIDA y sus actitudes hacia las PVVS son negativas, conllevando a presentar problemas éticos. Como señalan los investigadores, la comunicación entre la PVVS y el médico es de suma importancia para conllevar el tratamiento de esta enfermedad, sin embargo, se encontró que un porcentaje bastante alto de cirujanos no están dispuestos a interactuar con estas personas ni en situaciones profesionales ni en circunstancias sociales (Duyana, et al. 2001).

Por otra parte en la investigación realizada por Hereck, Capitanio, y Widaman (2002) se evaluó la prevalencia del estigma hacia la PVVS y la falta de información acerca de la transmisión del VIH en 1997 y 1999 en Estados Unidos. En una muestra compuesta por 1978 individuos que fueron entrevistados por vía telefónica (1309 entrevistados entre 1996 y 1997; y los restantes entre 1998 y 1999).

Los resultados obtenidos reflejaron dos polos en relación a la presencia de actitudes negativas hacia las PVVS, estos fueron llamados por los autores, sentimientos negativos hacia las PVVS y responsabilidad y culpa de las PVVS (Hereck, et al. 2002).

En relación con los sentimientos negativos hacia PVVS, el 14.8% de los encuestados expresó sentir emociones de rabia hacia estos sujetos, 20.2% miedo y 16% asco. Mientras que en relación con la responsabilidad y culpa el 24.8% consideró que las personas con VIH “tienen lo que merecen”, 21.8% pensó que las PVVS no les importa si infectan a otros y 48.3% consideró que las PVVS son responsables de tener esta enfermedad (Hereck, et al. 2002).

Adicionalmente Merino-Godoy (2004), llevaron a cabo una investigación con el fin establecer: a) la actitud hacia las PVVS por parte del personal de enfermería, y b) la actitud

del personal de enfermería hacia las PVVS tomando en cuenta si habían tenido un accidente con material infectado. Esto se realizó con una muestra de 88 sujetos que constituían el personal de enfermería (auxiliares y diplomados) del Hospital General de Huelva (España). El procedimiento de la investigación consistió en la aplicación de una encuesta por medio de la cual se recogió información de las características personales de los individuos, reporte de accidentes con material infectado, actitudes hacia las personas infectadas y conocimiento de la enfermedad. Los hallazgos presentados por estos autores indicaron que en primer lugar existía una actitud negativa hacia las PVVS por parte de estos enfermeros, y ésta se manifestó por la afirmación de aceptación de conductas discriminatorias (60.2% de los encuestados), y en segundo lugar como dato relevante se halló una diferencia entre el personal de enfermería que había tenido algún tipo de accidente con material infectado en comparación con los que no, evidenciándose que los primeros tendían a presentar una actitud menos favorable que los últimos, además de presentar angustia, y pánico, aumentando sus medidas de protección, y por tanto en ocasiones esto produjo un incremento de conductas discriminatorias hacia las personas infectadas.

El hallazgo encontrado por Merino-Godoy (2004) es relevante ya que la presencia de la variable accidentes con material infectado parece poner en relieve que una percepción de riesgo a contraer la infección genera reacciones de miedo y malestar en el trabajo con estas personas. Como indica Rosse (1985; cp. Merino-Godoy, 2004) la percepción del personal de enfermería en relación con la posibilidad de riesgo a la infección tiende a aumentar los niveles de ansiedad del personal, por lo cual se presentan conductas de rechazo y discriminación hacia las PVVS.

En la investigación realizada por Reis, et al. (2005), se planteó como objetivo principal caracterizar la naturaleza y el alcance de las prácticas y actitudes discriminatorias que se manifiestan por parte de los profesionales de la salud de Nigeria.

Como señalan estos autores las PVVS en Nigeria se han enfrentado a discriminación y estigmatización en sus lugares de trabajo, en la comunidad y en su entorno

familiar. Tomando en cuenta esto se investigó la posible discriminación de los empleados de la salud hacia estas personas, ya que de existir alguna actitud negativa hacia las PVVS, estas podían interferir perjudicialmente en la prevención y tratamiento tanto de los portadores como de los sujetos que buscan prevenir una posible infección.

El estudio estuvo conformado por 1021 profesionales de la salud de 111 centros de salud de cuatro estados de Nigeria (Abia, Gombe, Kano y Oyo). De esta muestra 67% eran mujeres y 56% hombres. Mientras que 56% eran enfermeros, 32% médicos y un 12% parteras certificadas. A este personal le fue administrada una encuesta en la cual se incluyeron datos demográficos, prácticas y actitudes en relación al consentimiento informado y, atención y tratamiento a la PVVS (Reis, et al. 2005).

Los resultados encontrados indicaron que en relación al consentimiento informado y la aplicación de pruebas a las PVVS, el 91% de los encuestados estuvo de acuerdo con que el profesional de la salud está en el derecho de estar informado si el sujeto vive con VIH/SIDA, con el fin de poder tomar las medidas necesarias para su protección. El 46% estuvo de acuerdo con informar el diagnóstico a los familiares y parejas sexuales de las PVVS aún sin el consentimiento de estos. Por otra parte el 42% de los profesionales indicaron que no todos los profesionales de la salud tienen el deber de atender a las PVVS. Adicionalmente encontraron que el 20% de los encuestados opinó que las PVVS estaban bajo esa condición producto de sus conductas inmorales, por lo cual eran merecedores de esta infección (Reis, et al. 2005).

Existieron además diferencias en relación a las prácticas de las instituciones y los cargos profesionales de los encuestados. En aquellas instituciones en donde no se aplicaban la pruebas universales a todos los pacientes entrantes, las enfermeras y parteras certificadas tuvieron cinco veces más probabilidades que los médicos de realizar conductas discriminatorias, tales como aislar a las PVVS, marcar las camas y cartas médicas y la evaluación de los sujetos sin su consentimiento (Reis, et al. 2005).

En relación al tratamiento y la atención hacia las PVVS, 59% de los profesionales de la salud señalaron que las PVVS debían estar aisladas en pabellones separados del hospital o clínica. Asimismo, el 42% de estos profesionales opinó que es posible determinar el estado médico de las PVVS solo con mirarlos, 21% que tenían el derecho de negarse a atender a las PVVS, y 12% admitieron estar de acuerdo con la afirmación de que el atender a las PVVS es una pérdida de tiempo y recursos para el hospital (Reis, et al. 2005).

Con respecto a lo anterior, los investigadores encontraron que las enfermeras presentaban mayor probabilidad que los médicos en aceptar que la atención de las PVVS es una pérdida de tiempo y recursos para el hospital (OR 2.14 <.05). Sin embargo los médicos tenían un 50% más de probabilidades que las enfermeras de negarse a atender a las PVVS (OR 1.34 <.05).

Tomando en cuenta los resultados encontrados en Reis, et al. (2005) llegaron a la conclusión que una cantidad considerable de profesionales de la salud de los cuatro estados de Nigeria estudiados, tienen una actitud discriminatoria y poco ética hacia las PVVS. Este tipo de hallazgos conlleva a pérdidas para la prevención, educación sexual, y tratamiento eficaz de estas personas. Adicionalmente los resultados indicaron la posibilidad de algunas variables que pueden interferir en este tipo de actitudes, tales como las políticas y recursos de las instituciones, el cargo profesional de los empleados de la salud y el conocimiento de estos acerca del VIH/SIDA.

Por su parte Infante, et al., (2006) realizaron una investigación de corte transversal en la cual se plantearon como objetivo principal analizar las percepciones y actitudes de los prestadores de servicios de la salud acerca de las PVVS. En este sentido, se plantearon dos fases dentro de la investigación, a saber una primera fase cualitativa en la cual se analizó la calidad de las verbalizaciones en cuanto a expresiones estigmatizadas y discriminatorias hacia las PVVS y la observación de las prácticas médicas por parte del personal que laboraba en 14 instituciones que brindan servicio a la salud en la ciudad de México (3 hospitales, 2 albergues con servicio médico, 2 clínicas y 2 organismos gubernamentales).

La muestra estuvo compuesta por 373 sujetos, de estos 239 mujeres y 131 hombres, la mayoría (32%) tenía entre 30 y 49 años. Posteriormente se realizó una fase cuantitativa, la cual consistió en el análisis de una encuesta que recolectaba información referente a datos socio-demográficos, actividades laborales, creencias ante el tema del VIH/SIDA, y percepciones y actitudes ante las PVVS.

Estos autores indicaron que las actitudes negativas de rechazo y aislamiento de las PVVS eran una reacción de los sujetos debido a la percepción de riesgo a la infección, de esta manera este tipo de conductas que son consideradas discriminatorias para el personal de la salud son un respuesta de protección la cual garantiza el resguardo hacia la enfermedad. Los autores encontraron que el 70% del personal de la salud encuestado indicaba que se debía tomar medidas especiales en el trato con las PVVS para así evitar el riesgo a la infección (Infante, et al., 2006).

Otro hallazgo principal que reportan Infante, et al.(2006), fue la existencia de actitudes negativas por parte del personal médico hacia las PVVS, observado a través de conductas discriminatorias tales como señalar a las PVVS por medio de tarjetas de identificación, realización de pruebas de detección del virus sin consentimiento del paciente (60% de los encuestados), aislamiento de las PVVS en las instalaciones hospitalarias (46% de los encuestados), y violación de la confidencialidad de los resultados de estas personas (38.7%).

En varias de las investigaciones en relación a las actitudes de los profesionales de la salud hacia las PVVS, se pone de manifiesto la importancia de la creencias que estos sujetos poseen en cuanto a la enfermedad del VIH/SIDA, de esta manera parece importante destacar la relevancia de estas creencias en la comprensión de la actitudes hacia las PVVS.

En este sentido la investigación realizada por Klimes, Catalan, Bond y Day (1989) se planteó tres objetivos principales a) investigar cuál es el conocimiento y creencias sobre la infección por VIH y las actitudes hacia las PVVS entre los médicos y enfermeras de

Oxford, b) examinar la relación entre sus creencias y las actitudes, y c) considerar las implicaciones de los hallazgos para su formación personal.

Como indican los autores las investigaciones realizadas al respecto reflejaron la existencia de discrepancias en relación a las políticas esperadas por parte de los profesionales de la salud y las actitudes y prácticas que estos llevan a cabo en la atención hacia las PVVS; así mismo se encontró gran desinformación en relación a la enfermedad y actitudes negativas para estas personas en comparación con aquellas que presentan otras enfermedades (Gordin, 1987; Gerberto, 1987; Searle, 1987; cp Klimes, et al. 1989).

La muestra total del estudio estuvo constituida por 400 trabajadores de la salud en Oxford, 100 médicos de hospitales, 100 enfermeras del Hospital General, 100 enfermeras psiquiátricas, y 100 enfermeras de la comunidad (Klimes, et al. 1989).

Los resultados encontrados señalaron la presencia de creencias erróneas en relación a la infección del VIH+ por parte de los profesionales de la salud, los autores hallaron que el 22% de los encuestados pensaba que el VIH+ indicaba un diagnóstico de SIDA y el 53% consideró que el VIH+ es resistente a métodos de desinfección utilizados en los hospitales. Los autores indicaron que pareciera existir una percepción de mayor riesgo a contraer la enfermedad al momento de extraer sangre de los pacientes VIH+ en médicos cirujanos (54%) y el personal del centro de transfusión de sangre (38%); así mismo 45% de la muestra sobreestimó el riesgo que implica la extracción de sangre de una persona infectada (Klimes, et al. 1989).

Los resultados reportados por los autores fueron relacionados con dos variables, estas fueron la edad de los sujetos y la experiencia previa con personas VIH+ encontrándose que a mayor edad los conocimientos en relación la infección de VIH fueron menos acertados. Así mismo la experiencia previa en el cuidado con personas VIH+ se asoció con mejor conocimiento de la infección (Klimes, et al. 1989).



Por otra parte en relación a las actitudes del personal hacia el cuidado de las personas VIH+ se halló que el 44% de estos consideraron que las personas VIH+ no debían ser tratados en las salas generales de los hospitales, el 24% expresó ansiedad en relación a la posibilidad de contraer la infección a pesar de tomar las precauciones necesarias, y un 30% consideró que el personal de la salud debía tener el derecho a negarse a atender estas personas. Los autores relacionaron estas actitudes con las creencias erróneas halladas, según los investigadores las opiniones no acertadas de los sujetos en relación con la enfermedad, llevaban a realizar valoraciones negativas en relación a las personas VIH+. Finalmente los autores encontraron que los sujetos más jóvenes tienden a presentar creencias más acertadas en cuanto a la enfermedad, y estos a su vez actitudes más favorables hacia los pacientes VIH+ (Klimes, 1989).

Por su parte Steele y Melby (1995) realizaron una investigación con el objetivo de estudiar las creencias, conocimiento y percepción de enfermeros(as) hacia la infección con VIH. La muestra estuvo compuesta por 15 enfermeros(as) pertenecientes a 3 locaciones distintas de trabajo, a saber, enfermeros(as) de la comunidad, de hospicios y de hospitales.

El objetivo plantado por estos autores se sustentó en investigaciones anteriores en donde se señala la existencia de razones por las que el SIDA activa el miedo a infectarse. En primer lugar se trata de una enfermedad mortal, sin distinción de edad, o grupo social, y adicionalmente supone una amenaza, ya que aún no se cuenta con una vacuna preventiva o cura (Barrick, 1988; y Marcus, 1988; cp. Steele y Melby, 1995).

Adicionalmente los autores resaltaron investigaciones que han encontrado que en relación a la percepción de riesgo, los psicólogos afirman que esta se incrementa con una enfermedad como el SIDA, ya que la misma es incontrolable, desconocida para las personas que se exponen a la misma, involuntaria, temerosa, tiene efectos retardados, es potencialmente catastrófica, y representa un alto riesgo para futuras generaciones (Slovic, 1987; cp. Steele y Melby, 1995). En este sentido es fundamental que las fuentes de información de los(as) enfermeros(as) en relación al VIH/SIDA sea confiable y vigente.

Los(as) enfermeros(as) evaluaron su propio riesgo a contraer VIH a partir de su comprensión de los efectos del virus, por el número de personas que están infectadas, y por sus creencias acerca de cómo se transmite (Wellings, 1988; cp. Steele y Melby, 1995). Existen confusiones y pobre conocimiento acerca del SIDA entre los(as) enfermeros(as) y esto puede influir en sus actitudes a la hora de brindar cuidado.

Los resultados encontrados por Steele y Melby (1995) mostraron que el 78.56% creyó que el virus se puede transmitir a partir de una mordida de una PVVS, aproximadamente el 50% tuvo la creencia errónea de que se puede contraer el virus si una PVVS le vomita encima, 14.26% si la PVVS le estornuda encima, y 7.13% creyeron que la infección se trasmite si se comparte el baño con una PVVS. Es importante destacar, que a pesar de todas estas creencias erróneas acerca de las formas de infección, sólo el 42.83% de los encuestados reportó hacer uso siempre de guantes a la hora de tratar con una PVVS.

En relación al contacto profesional con las PVVS, 42.8% de los (as) enfermeros (as) reportó haber trabajado con estos, en función del lugar de trabajo variaron los valores, los(as) enfermeros(as) de la comunidad reportaron no haber tenido contacto, el 85.7% de los(as) enfermeros(as) de hospicio sí ha mantenido contacto profesional con las PVVS, y 42.9% de los(as) enfermeros(as) de hospital también han tenido una PVVS bajo su cuidado. Aunado a lo anterior es importante señalar, que los(as) enfermeros(as) de hospicio (grupo que muestra mayor contacto con las PVVS) son los que reportaron menor porcentaje de creencias negativas hacia las PVVS.

En la investigación anteriormente detallada por Infante, et al., (2006), se encontró que los sujetos poseían creencias erradas en relación al SIDA. Hallaron que un 38% de los encuestados indicaban que no hay una diferencia entre ser VIH + y tener SIDA, adicionalmente encontraron que el personal en general poseía un desconocimiento y falta de credibilidad en las formas de transmisión del virus demostradas científicamente.

Webber (2007) realizó una revisión de las diferentes investigaciones realizadas en China acerca de las actitudes de los proveedores de asistencia médica hacia el VIH+ y el trato con las personas con VIH+. La investigación se efectuó realizando una búsqueda del material en “medline” y “embase” utilizando palabras claves como personal de salud, asistencia médica personal, VIH o SIDA y actitudes.

En la investigación se tomaron como fuentes válidas nueve investigaciones, ya que cumplían con las características para el objetivo planteado, es decir, documentaban algún tipo de información de las actitudes de los profesionales de la salud hacia el VIH+ y las personas que viven con esta infección en el país de China. En uno de los estudios reportados se encontró que el personal de enfermería de la región noreste de China presentaba creencias erróneas acerca de la enfermedad, específicamente señalaban que el contacto con una persona VIH+ (84.6%), la manipulación de las pertenencias de personas VIH+ (87.4%), y picaduras de insectos (79%) podían transmitir el VIH+ (Chen et al, 2004; cp. Webber, 2007).

En otras de las investigaciones señaladas se buscó examinar las creencias que prevalecían hacia las PVVS en el personal de la salud, médicos y enfermeras. Se encontró que el 23% del personal opinaba que el VIH/SIDA era una enfermedad que sólo se manifestaba en personas de clase baja e indocumentados. Asimismo el autor encontró que el personal de la salud indicaba de forma explícita que no le gustaba tener ningún tipo de contacto profesional con las PVVS (Hesketh et al., 2005; cp. Webber, 2007).

En las investigaciones nombradas anteriormente se evidenció el hecho de considerar necesaria la evaluación del tipo de creencias que se tienen en relación al SIDA, ya que en muchos casos estas influyen en la actitud que se puede tener hacia las PVVS. Adicionalmente como encontró Klimes, et al. (1989) tanto el tipo de creencias y actitud que se tengan, pueden relacionarse con variables como la edad y sexo de los sujetos. Es importante destacar que esta relación entre las creencias hacia el VIH/SIDA y la actitud hacia las PVVS se pueden entender bajo el modelo teórico unidimensional de las actitudes,

ya que este pone énfasis en diferenciar y delimitar las actitudes de las creencias (Ubillos, et al, 2004).

En relación con todo lo mencionado hasta ahora, es importante destacar que en los modelos unidimensionales se define la actitud como una “predisposición aprendida a responder de forma consistente de una manera favorable o desfavorable con respecto al objeto determinado” (Ubillos, et al. 2004, p.308). A fines de la presente investigación las PVVS se corresponden con el objeto actitudinal.

Por otra parte, las creencias, en este caso las creencias hacia el SIDA, corresponderían a lo que los autores definen como las opiniones que los sujetos tengan en relación al objeto actitudinal. Por lo cual las creencias representarían un componente cognitivo, mientras que la actitud correspondería al componente afectivo determinado en cierta medida por las creencias. Asimismo es importante resaltar que las creencias podrían influir en el grado de favorabilidad o desfavorabilidad que se le otorguen a estos objetos, es decir, en la actitud correspondiente a las PVVS (Ubillos, et al. 2004).

Adicionalmente, otras de las variables que ha sido estudiada en relación con las actitudes hacia las PVVS es la percepción de riesgo a infectarse con VIH/SIDA que tienen los profesionales de la salud. En relación a esto Mannetti y Pierro (1991) llevaron a cabo una investigación en Italia, en donde se plantearon tres objetivos principales conocer: a) el nivel de conocimiento acerca del SIDA, b) el grado de percepción de riesgo de los profesionales de la salud en comparación con otras muestras y c) los juicios acerca de las PVVS. La muestra estuvo compuesta por 468 profesionales de la salud (197 mujeres y 238 hombres) de estos 189 eran doctores y 247 enfermeras.

En relación a este tema se ha planteado que los profesionales de la salud frecuentemente se encuentran tan desinformados y tienen actitudes igual de negativas hacia las PVVS que las personas regulares. Asimismo los profesionales de la salud encuentran

más difícil trabajar con las PVVS que con otras personas y perciben dificultoso el trabajar con homosexuales (Baron et al. 1987, cp. Manetti y Pierro, 1991).

Esta dificultad para trabajar con las PVVS y con los sujetos homosexuales se expresa a partir de ofrecer un tratamiento inadecuado hacia estos (Douglas et al.1985; cp. Manetti y Pierro, 1991). En efecto, los profesionales de la salud reportan que se muestran menos dispuestos a interactuar, hablar, trabajar y hacerse amigos de las PVVS (Katz et al. 1987; cp. Manetti y Pierro, 1991).

La renuencia de los profesionales a trabajar con las PVVS ha sido explicada a través de heurísticos cognitivos como el de la disponibilidad, que sesgan la percepción de riesgo que tiene un sujeto (Slovic, Fischhoff y Lichtenstein., 1982; cp. Manetti y Pierro, 1991). De esta manera a pesar que los datos epidemiológicos muestran que la transmisión de SIDA debido a contacto profesional es poco probable, es un hecho que los profesionales de la salud se encuentran más expuestos al contacto con personas que pueden ser VIH+. Esto último puede inducir a los profesionales de la salud a percibir el SIDA y las PVVS como un problema personal y como consecuencia se perciben a sí mismos como en mayor riesgo que una persona promedio.

En la investigación de Manetti y Pierro (1991) la variable percepción de riesgo fue analizada a partir de un diseño factorial  $2 \times 2 \times 3$ , rol profesional (médicos y enfermeros/as), conocimiento acerca de: a) medios de trasmisión, b) posible cura, c) naturaleza de la enfermedad, d) consecuencias del SIDA, y e) medidas preventivas (el cual se dividió en puntuaciones por encima o por debajo de la media) y persona objetivo (uno mismo, una persona promedio, y una persona que usa condón). Los resultados arrojaron efectos principales significativos para rol profesional ( $F=18.18$ ;  $p=.0001$ ) y persona objetivo ( $F = 46.91$ ;  $p \leq .0001$ ), asimismo se encontraron interacciones entre rol profesional y persona objetivo ( $F=4.43$ ;  $p \leq .0001$ ) y entre rol profesional, conocimiento y persona objetivo ( $F=5.04$ ;  $p \leq .01$ ).

Estos resultados revelaron que los(as) enfermeros(as) se perciben en mayor riesgo que los médicos, de forma más específica se encontró que tanto los(as) enfermeros (as) de alto conocimiento como los de bajo conocimiento se perciben a sí mismos en mayor riesgo que la persona promedio y la persona que usa condón, sin embargo, los de bajo conocimiento perciben a estos últimos como en mayor riesgo que los de alto conocimiento (Manetti y Pierro, 1991).

Por su parte, los médicos de alto conocimiento se perciben en mayor riesgo que los de bajo conocimiento, y en comparación con la persona promedio, los de bajo conocimiento se perciben en menor riesgo mientras que los de alto conocimiento en mayor riesgo, y ambos consideran estar en mayor riesgo que una persona que usa condón.

En relación a los juicios hacia las PVVS, los autores hicieron uso del análisis factorial por medio de componentes principales, para extraer la estructura factorial de dichos juicios, se hallaron dos componentes, el primero alude a la intolerancia hacia las PVVS, es decir, sentimientos de segregación y aislamiento de las PVVS ( $M=2,46$ ), y el segundo expresó la atribución de la responsabilidad hacia la persona, el cual reflejó los pensamientos de que las PVVS se merecen lo que están viviendo ( $M=2,41$ ), y que suponen una amenaza para los demás ( $M=4,11$ ). En este último punto, es importante destacar que los profesionales de la salud atribuyeron mayor responsabilidad hacia las personas que se desvían de la norma, de forma decreciente, plantean cómo más responsables a los drogadictos, seguido de los homosexuales y por último, las personas heterosexuales promiscuas (Manetti y Pierro, 1991).

En referencia al sexo, se encontraron diferencias en cuanto a que los profesionales de la salud del sexo femenino son menos intolerantes en comparación con sus colegas del sexo masculino.

En esta misma línea, Plant y Foster (1993) realizaron una investigación con el objetivo de evaluar el conocimientos, actitudes y creencias entre enfermeros(as) del área médica, cirugía y psiquiatría., así como la percepción de riesgo a la infección La muestra estuvo compuesta por 600 enfermeros(as) (84% del sexo femenino y 14% del sexo masculino) con un promedio de edad de 30 para las mujeres y 31 para los hombres. A estos se les aplicaron cuestionarios autoadministrados, en la institución en la que trabajaban.

Los resultados revelaron que 35.2% de las enfermeras percibían riesgo de infectarse, en comparación con sus colegas masculinos que presentaron un 50.5% de percepción de riesgo a infectarse. Por su parte el 11.9% y el 17 % de las enfermeras y enfermeros respectivamente, percibían riesgo de pasar la infección a otros pacientes o clientes. Y finalmente el 11.2% de las enfermeras mostraron preocupación por infectar a su familia, mientras que el 25% de los enfermeros muestra esta misma preocupación (Plant y Foster, 1993).

Por otra parte, las diferentes investigaciones parecen sugerir una diferencia actitudinal hacia las PVVS en función del cargo profesional que presenten los profesionales de la salud, de esta manera autores como Kelly, Lawrence, Smith, Hood, y Cook (1987) realizaron una investigación en donde se plantearon como objetivo de investigación, determinar las actitudes negativas de los médicos hacia las PVVS, así como la relación de estas actitudes con la estigmatización hacia los homosexuales que viven con VIH/SIDA.

La muestra del estudio estuvo conformada por 157 médicos de hospitales de Columbus, New York, Phoenix, Arizona, y Tennessee. Específicamente 138 hombres y 19 mujeres, con una edad media de 49,4 años y un promedio de años de práctica profesional de 20.4 años (Kelly, et al. 1987).

El procedimiento de evaluación consistió en la presentación de dos juegos de cuestionarios, en los cuales se incluía una descripción de dos pacientes que llegan a consulta médica, la primera descripción consistía en un sujeto recién graduado de estudios

universitarios, exitoso en su trabajo y amante de las actividades deportivas, mientras que el segundo sujeto era descrito como un paciente con serias implicaciones en la salud, presencia de fatiga, agotamiento, deterioro físico y frecuentes infecciones. Los cuestionarios fueron entregados a todos los participantes y solo se modificaron dos aspectos, la enfermedad del segundo paciente era identificada como leucemia o SIDA, y poseía una pareja sexual llamada Roberta o Robert (Kelly, et al. 1987).

El diseño fue de tipo experimental de 2x2, cruzando dos variables independientes, el sujeto descrito con leucemia o SIDA, y el individuo como homosexual o heterosexual. Los resultados encontrados indicaron que no existían diferencias significativas en relación a la edad, sexo y años de experiencia profesional de los encuestados. En relación con las actitudes, encontraron que los médicos tenían una actitud más negativa hacia los sujetos que viven con VIH/SIDA, en comparación con aquellos que padecen de leucemia. Los médicos reportaron considerar a las PVVS como más responsables de su enfermedad (SIDA 4.21/ Leucemia 1.60); menos merecedores de simpatía (SIDA 6.31/ 6.69); más dignos de experimentar dolor y sufrimiento (SIDA 2.42/Leucemia 1.35); sujetos más peligrosos (SIDA 4.00/ Leucemia 1.42); y más merecedores de cuarentena (SIDA2.37/Leucemia1.48).

En lo que respecta a la interacción con los pacientes, se encontraron diferencias significativas a favor de la interacción con pacientes con leucemia que con PVVS. En este sentido, hallaron que los médicos se sienten menos dispuestos a participar en un conversación con una PVVS que con un paciente con leucemia (SIDA 5.25/Leucemia 5.87), menos dispuestos a asistir a una fiesta con las PVVS (SIDA 5.23/ Leucemia 6.20), menos dispuestos a trabajar en el mismo lugar con PVVS (SIDA 5.09/ Leucemia 6.41), si está en su manos las PVVS tendrían menos probabilidades de renovación de un contrato de alquiler (SIDA 5.16/Leucemia 6.54), y menos dispuestos a permitir que los niños tengan contacto con las PVVS (SIDA 3.72/Leucemia 6.06). Finalmente los autores encontraron que las PVVS homosexuales son percibidos como menos amables y menos gentiles que los que presentan leucemia (Kelly, et al. 1987).



Los autores concluyeron que parece existir una diferencia muy extrema en relación a la reacción de los médicos con ambas enfermedades, y la manipulación experimental realizada en la investigación podría suponer que esta actitud se ve influenciada por la descripción de la enfermedad de la persona en función de un diagnóstico y por la preferencia sexual de los mismos. Como señalan los autores el diagnóstico de VIH/SIDA puede ocasionar en los profesionales de la salud reacciones negativas hacia los pacientes sobre la base de presunciones acerca de su sexualidad, generando así un prejuicio y discriminación tanto en el contacto profesional como social con estas personas.

En una investigación realizada en Venezuela, se planteó como objetivo determinar las diferencias de los profesionales de la salud, a saber, médicos, bioanalistas, enfermeras, odontólogos y estudiantes de la salud, en relación a las actitudes de rechazo y discriminación hacia las PVVS (Prieto, 1999).

La muestra de este estudio fue de 287 profesionales de la salud, (86 médicos, 91 enfermeras, 25 bioanalistas, 27 odontólogos y 58 estudiantes del área de la salud) se halló que las enfermeras difieren significativamente ( $F 2,96; p < .05$ ) del resto de los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, bioanalistas y odontólogos) pues presentan una mayor discriminación hacia las PVVS (Prieto, 1999).

Una de las explicaciones que el autor atribuyó a esta diferencia es el contacto continuo y estrecho que las enfermeras deben tener con los pacientes en general, lo cual pudiera generar un sentimiento de mayor sensibilidad a la posible infección y la tendencia a afrontar la situación con la práctica de conductas o actitudes discriminatorias. Adicionalmente señaló como posible factor la falta de equipos y educación específicos requeridos para trabajar con PVVS, lo cual en algunas ocasiones genera la exclusión y discriminación de las PVVS negándoseles el derecho de recibir una atención médica de calidad (Prieto, 1999).

Adicionalmente en una investigación realizada por Reece, et al (2007) se planteó como objetivo evaluar el grado en que los proveedores del cuidado y prevención de las PVVS en Estados Unidos se ven impactados por actitudes negativas, producto de la estigmatización social hacia las PVVS. La muestra estuvo compuesta por 836 sujetos, 477 mujeres (60%) y 359 hombres (40%) que trabajaban en el área de cuidado y prevención de la salud de las PVVS. Los resultados de la investigación señalaron que las personas que han trabajado en el campo con PVVS por menos de cinco años presentaban puntuaciones significativamente mayores en la escala de estigma ( $M=16.3$ ,  $SD=5.8$ ) en comparación con aquellos que han trabajado por un período más largo de tiempo ( $M=12.4$ ,  $SD=3.3$ ), ( $t(791) = 3.2$ ,  $p=0.002$ )

Aunado al cargo de los profesionales de la salud, algunos investigadores han señalado la posible influencia del contacto profesional o personal con las PVVS y las actitudes que pueden tener hacia ellos.

Una de estas investigaciones fue el estudio ya mencionado de Merino-Godoy (2004), en donde una de las variables consideradas al abordar las actitudes de profesionales de enfermería hacia las PVVS, fue el tipo de contacto que han tenido estos profesionales con una PVVS, es decir, se preguntó al personal de enfermería si habían tenido un contacto solo profesional o además habían tenido un contacto personal (si tenían un amigo o familiar que tuviera VIH/SIDA). Los resultados obtenidos al respecto indicaron que un 90.1% había tenido un contacto profesional con dichas personas y un 17.3% conocía personalmente a alguien con VIH/SIDA. Finalmente encontraron que el personal que sólo había tenido una relación profesional con las PVVS presentaba más actitudes de rechazo hacia estas personas, en comparación con los profesionales que tenían un contacto personal con los mismos.

En esta misma línea, Weinberger, Conover, Samsa y Greenberg (1992, cp. Ruiz-Torres, Cintrón-Bou, y Varas-Díaz, 2007) reportan que las actitudes de estigmatización hacia las PVVS entre los profesionales de la salud son debidas a falta de contacto con estos,

miedo a infectarse, y ansiedad vinculada con la posibilidad de morir. Con respecto a la relación del tipo de contacto como variable con las actitudes hacia las PVVS, y confirmando las hipótesis de los autores, se encontró que el personal que sólo ha tenido una relación profesional con estos pacientes tienden a presentar más actitudes de rechazo hacia los mismos, en comparación con los profesionales que habían tenido un contacto personal con pacientes VIH+/SIDA.

Estos autores señalan así que esta variable es de importancia para el estudio de estas actitudes. Además indican que el hallazgo se puede deber en parte a que el profesional que ha tenido un contacto personal con estas personas, ha establecido un vínculo afectivo que lo lleva a entender la enfermedad desde un punto de vista más empático, de esta manera, debido a la calidad afectiva de la relación, los sujetos no presentan tabúes, prejuicios y miedos hacia estas personas.

Tomando en cuenta este estudio y siguiendo la recomendación realizada por Merino-Godoy (2004) en la presente investigación se plantea ampliar la influencia de esta variable, introduciendo más profesiones relacionados con el ámbito de la salud, por lo cual se incluye una relación entre la formación profesional (médicos y enfermeras) y la actitud hacia las PVVS tomando en cuenta el tipo de relación establecida con estas personas, es decir, si han tenido un contacto personal y/o profesional con las PVVS.

Otra variable que ha sido estudiada en relación a las actitudes del personal de la salud hacia las PVVS es la homofobia, ésta es definida como el miedo persistente e irracional que poseen los sujetos hacia la homosexualidad en general (gay y lesbianas), el cual genera prejuicios que conducen al odio y la discriminación hacia los homosexuales (Díaz y Ron, 1999). Autores como Wells (1989; cp. Díaz y Ron, 1999) añade a esta definición la presencia de alienación de los miembros de la familia, amigos, vecinos y compañeros homosexuales, restringiendo la gama de conductas y sentimientos que pueden ser expresadas a estos sujetos homosexuales.

De la Espriella (2007) define la homofobia como una actitud hostil hacia los homosexuales que en sentido estricto se entiende como un temor irracional hacia los homosexuales, y que incluye odio, señalamiento del homosexual como contrario, inferior o anormal e inclusive en catalogarlo como sujeto patológico y sintomático. Adicionalmente, indica que este temor u odio se fundamenta en la creencia de que estos individuos son una entidad ajena y peligrosa, que poseen valores particulares y extraños que amenazan a la sociedad y que poseen una condición contagiosa.

Hay autores que señalan que la homofobia puede ser entendida en una doble dimensión, por un lado existe un rechazo irracional que refleja un componente afectivo, y por otra parte una construcción ideológica (cognitiva) que refleja su dimensión social (Borillo, 2001; cp. De la Espriella 2007).

De la Espriella (2007) señala algunos factores individuales que se han encontrado ligados a la homofobia, entre éstos están: a) tener poco contacto o acercamiento hacia los homosexuales, b) desarrollarse en un contexto que no acepte la homosexualidad, c) ser más conservador con los temas relacionados a la sexualidad en general, d) alto nivel de autoritarismo, e) mayor edad, f) no haber estado involucrado directa o indirectamente en una experiencia homosexual, g) percibir al entorno como un medio donde no se acepta la homosexualidad, h) bajo nivel educativo y i) pertenecer a alguna religión conservadora.

En otra investigación realizada por Crawford, Ribordy, Vickers y Humleet (1991) en Estados Unidos con profesionales de la salud mental, psicólogos clínicos, psicólogos de asesoramiento y psiquiatras, hallaron que aquellos profesionales que obtuvieron puntuaciones altas en la escala de homofobia, presentaban actitudes de rechazo hacia las PVVS, estas conductas de rechazo se evidenciaron en la presencia de menor probabilidad de seleccionar a estos pacientes para brindarles tratamiento, mayor probabilidad de referirlos a otros especialistas, incomodidad percibida en la sesión de tratamiento y percepción del paciente como un obstáculo para poder brindar una atención adecuada.

Díaz y Ron (1999) realizaron una investigación en Venezuela que tuvo como objetivo el estudio de la relación entre la homofobia y las actitudes hacia las personas con SIDA. Las autoras se basan en la teoría de Acción Razonada para explicar estas actitudes, señalando la importancia que las creencias, cogniciones y conocimientos tienen en la formación de las actitudes hacia las PVVS.

La muestra de este estudio estuvo compuesta por sujetos profesionales pertenecientes al área de inmunología, odontología, psicología, administración e ingeniería; los resultados de esta investigación revelaron que la homofobia influyó de forma significativa en las actitudes negativas que presentaban diferentes profesionales hacia las PVVS (Díaz y Ron, 1999).

En este sentido Díaz y Ron (1999) encontraron que los profesionales que presentaban altos niveles de homofobia presentan actitudes de rechazo hacia las PVVS, actitudes manifestadas por conductas de distanciamiento así como afirmaciones que abogaban a la no defensa, protección y resguardo de estos sujetos ( $\beta = .3772$   $p < .05$ ).

Los resultados reflejaron que los sujetos que poseían mayor edad tenían actitud más negativa hacia las PVVS en comparación con los individuos que poseían menor edad cronológica ( $\beta = .10$   $p < .05$ ). Así mismo encontraron que los hombres presentaban mayores niveles de homofobia y a su vez una actitud más negativa hacia las PVVS, en comparación con las mujeres que conformaron la muestra ( $\beta = .03 < p.05$ ).

Adicionalmente, como se mencionó anteriormente, diversos autores han planteado que aquellas personas que presentan actitudes conservadoras o menos liberales, y que tienen una visión rígida acerca de los roles que deben asumir cada género sexual, presentan a su vez tendencias homofóbicas o tienen fuertes prejuicios en contra de los homosexuales (Withley, 1987; Newman, 1989; Heaven y Oxman, 1999; y Kite y Whitley, 1996; cp. Hergovich, Ratky y Stollriter, 2003).

El liberalismo es definido como una doctrina política, social y económica que enfatiza la libertad individual, adicionalmente plantea que es un concepto resistente a cambios, especialmente los de naturaleza rápida y que por el contrario, supone un proceso progresivo que es producto de las virtudes y los valores del individuo (Rognann, 2000; cp. Guerra y Gouveia, 2007). Por otra parte el conservadurismo es entendido como un conjunto de creencias políticas, económicas, religiosas, educacionales y sociales que hacen énfasis en la estabilidad social (Knaghe, 1993; cp. Guerra y Gouveia, 2007).

A partir del concepto de liberalismo, surge el concepto de liberalismo sexual, éste es entendido por Hendrick, Hendrick, Slapion-Foote y Foote (1985; cp. Díaz y Ron, 1999, p. 44) como “el tipo de relación o compromiso que se considera debe existir entre dos personas para tener relaciones sexuales, e incluye el tema referente a la exclusividad o fidelidad dentro de las relaciones de pareja”. Según Guerra y Gouveia (2007) es definido como un posicionamiento social que supone la aceptación y afirmación de la libertad individual en el ámbito sexual, en relación a la autonomía personal. El conservadurismo sexual es concebido como un posicionamiento social, de aceptación y afirmación de las normas y convenciones sociales respecto a la sexualidad

El liberalismo sexual es una variable importante para la aparición de la homofobia, y ésta a su vez hacia la actitud que el individuo tenga de la persona (Dupras, Levy, y Tessier, 1989; cp. Díaz y Ron, 1999). Díaz y Ron (1999) encontraron que los hombres presentaban mayor liberalismo sexual que las mujeres, y estos a su vez poseían una actitud más negativa hacia las PVVS.

De esta manera, para la presente investigación se tomó en cuenta la consideración de la variable liberalismo sexual, ya que ésta puede influenciarse a la homofobia, y ambas repercuten en las actitudes que se tengan hacia las PVVS (Withley, 1987; Newman, 1989; Heaven y Oxman, 1999; y Kite y Whitley, 1996; cp. Hergovich, et al. 2003).

En cuanto a las variables socio demográficas que influyen a las actitudes, autores como Crawford, et. al. (1991), introducen la edad como una de estas, planteando que la edad del sujeto proveedor de cuidado puede tener un efecto en las actitudes de este hacia las PVVS; sin embargo, no se encontró una relevancia significativa de esta variable con las actitudes hacia los pacientes con SIDA.

Peruga y Celentano (1993) encontraron que los sujetos con menor edad mostraban tendencias más positivas en relación a las actitudes hacia las PVVS en comparación con individuos de mayor edad. Por su parte, Fliszar y Clopton, (1995) hallaron que la edad no tuvo un efecto significativo en las actitudes de los profesionales hacia las PVVS.

Por otra parte en relación al sexo de los sujetos, los hallazgos encontrados por Alfaro, Díaz y Rivero (1991; cp. Zamora, 1997) señalan que los hombres presentan una actitud negativa, caracterizada por el rechazo y alejamiento hacia las PVVS, en comparación con las mujeres. Estos mismos autores indican que la diferencia encontrada se puede deber a factores característicos en la socialización femenina que no se encuentran en la socialización masculina, tales como el servicio, compromiso y protección del otro.

Galzerano, et al. (1998) encontraron una diferencia marcada entre hombres y mujeres con respecto a las actitudes que estos tenían hacia las PVVS. Específicamente las mujeres presentaron una actitud más positiva hacia las PVVS, con predominio de la empatía o identificación con el sufrimiento de la persona, mostrándose un vínculo más emocional con la misma, esta actitud fue catalogada por los autores como “compasión” hacia las PVVS. Por otra parte, en los hombres se evidenció una actitud que los investigadores calificaron de “rechazo” hacia estas personas, los profesionales de la salud (masculinos), reportan que el contacto con las PVVS es distante, con sentimientos de incertidumbre, miedo y sorpresa.

En lo referente a las variables de corte socio demográfico, se plantea como una de las hipótesis a investigar la relación entre la edad, homofobia y actitud del personal médico

hacia las PVVS, así como la relación entre sexo, homofobia y actitud del personal de la salud hacia las PVVS.

En función de los planteamientos expuestos, la presente investigación tiene como objetivo estudiar la influencia sobre las actitudes de los profesionales de la salud hacia las PVVS, en función de la edad, sexo, homofobia, liberalismo sexual, creencias hacia la enfermedad del SIDA, cargo profesional, percepción del riesgo a la infección, y tipo de contacto con la PVVS.



### III. MÉTODO

#### Problema a investigar

¿Cuáles son los efectos directos e indirectos de la edad, sexo, homofobia, liberalismo sexual, creencias hacia la enfermedad del SIDA, cargo profesional, percepción de riesgo a la infección al VIH/SIDA, contacto profesional y contacto personal, sobre las actitudes de profesionales de la salud hacia las PVVS?

#### Hipótesis

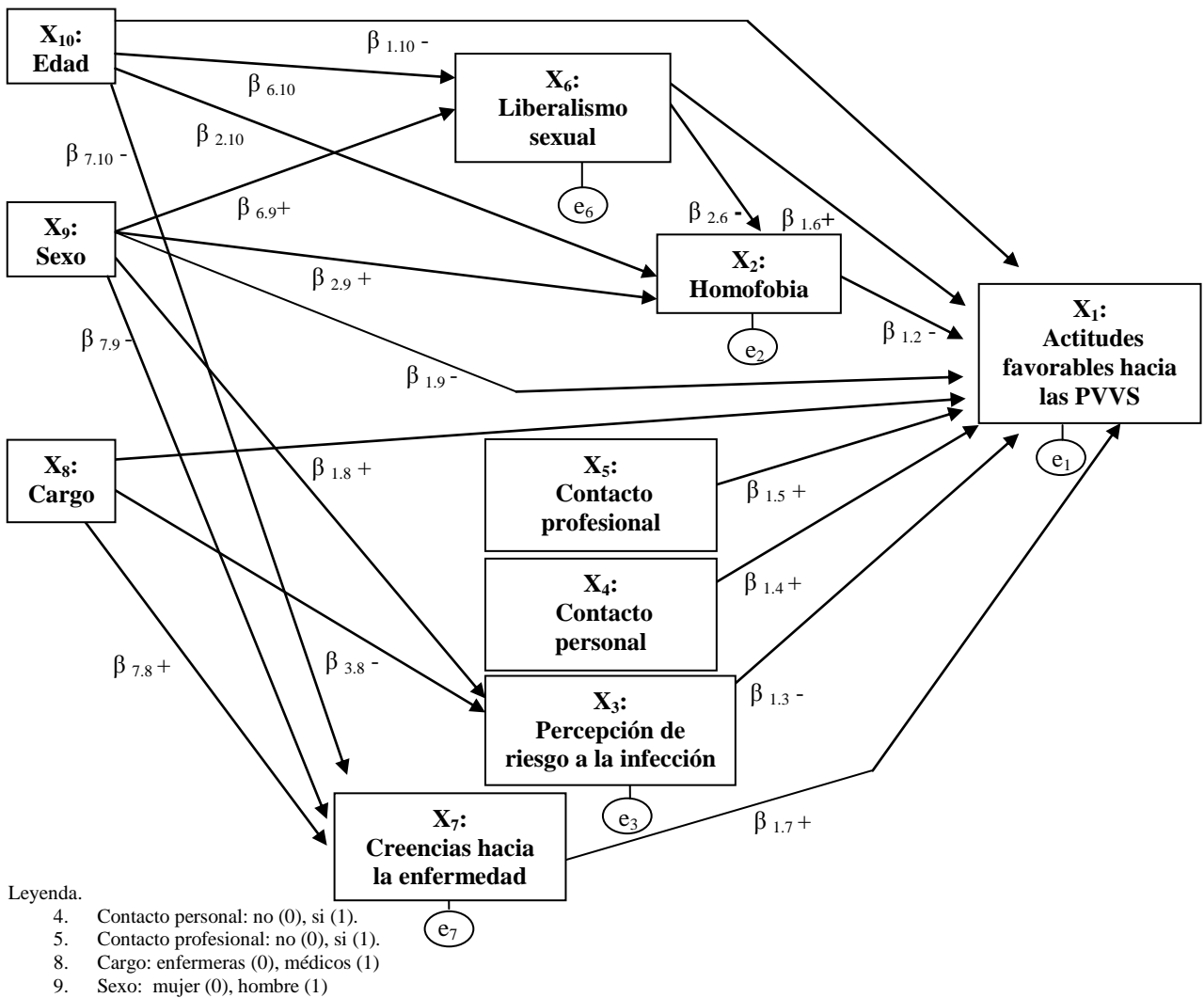


Figura 1. Diagrama de ruta propuesto

## **Definición de variables**

### **Variables Endógenas**

#### *Actitud hacia las PVVS*

Definición conceptual: “Tendencia psicológica que se expresa mediante la evaluación de una entidad (u objeto) concreto con cierto grado de favorabilidad o desfavorabilidad” (Eagly y Chaiken, 1993; cp. Morales, 1999, p.132), en este caso el objeto de evaluación fueron las PVVS.

Definición operacional: Puntaje obtenido en la Escala de actitud hacia las PVVS de la versión elaborada por Bernal, Díaz, Otero, Ramírez, y Ron en 1997, a partir de la subescala de actitud hacia las PVVS de Cañoto y Frías en 1986, modificada para la presente investigación. Donde un mayor puntaje indica una actitud más favorable hacia las PVVS, y un puntaje menor indica actitud menos favorable hacia las PVVS (Ver anexo B).

#### *Homofobia*

Definición conceptual: Temor irracional hacia los homosexuales, cuyo rango es variado, incluye el odio, señalamiento del homosexual como contrario, inferior o anormal. Este temor hacia el otro se fundamenta entendiendo éste como un sujeto ajeno y peligroso, con valores extraños y que amenazan a la sociedad (De la Espriella, 2007).

Definición operacional: Puntaje obtenido en la adaptación al español realizada por Díaz y Ron en 1999, de la Escala de Homofobia elaborada por Sherrad y Nardi en 1998. Donde un mayor puntaje indica una actitud más homofóbica, y puntajes menores indican una actitud menos homofóbica (Ver anexo C)

### *Liberalismo Sexual*

Definición conceptual: “Posicionamiento social de aceptación y afirmación de las libertades individuales en el área de la sexualidad, en nombre de la autonomía personal” (Guerra y Gouveia, 2007, p.44).

Definición operacional: Puntaje obtenido en la adaptación al español realizada por Díaz y Ron (1999) de la Escala de Liberalismo Sexual realizada por Neff y Burge en 1995. Puntajes mayores indican una actitud más liberal hacia la sexualidad, puntajes menores indican una actitud menos liberal hacia la sexualidad (Ver anexo D).

### *Percepción de riesgo a la infección al VIH/SIDA*

Definición conceptual: Evaluación y juicio acerca del peligro a los que una persona está o puede estar expuesta (Rohrman y Renn, 2000). En este caso la evaluación del profesional de la salud acerca del peligro de estar o poder estar expuesto a la infección con el VIH.

Definición operacional: Puntaje obtenido en la Escala de Percepción de Riesgo a la Infección al VIH/SIDA, elaborada en la presente investigación. En donde puntajes mayores indican una mayor percepción de riesgo a la infección al VIH/SIDA, y puntajes menores indican menor percepción de riesgo a la infección (Ver anexo E).

### *Creencias hacia la enfermedad de SIDA*

Definición conceptual:

Las creencias pueden entenderse como un marco de referencia o conjunto de reglas que determinan nuestra forma de ser en el mundo, el modo en que evaluamos situaciones, a los otros y a nosotros mismos y la forma en que interactuamos con los demás (Beck, 1976; cp. Calvete y Cardeñoso, 2001, p. 95).

En este caso la concepción que posee el profesional de la salud hacia la enfermedad de SIDA.

Definición operacional: Puntuación obtenida en la Escala de Creencias hacia la Enfermedad de SIDA adaptada por las autoras de la presente investigación, correspondiente al componente cognoscitivo de la Escala de Actitud hacia la Enfermedad de SIDA de Alfaro, et al. 1991 (cp. Zamora, 1997). Donde puntajes mayores señalan creencias acertadas y favorables en relación a la enfermedad de SIDA, y puntajes menores señalan creencias menos acertadas y desfavorables (Ver anexo G).

### **Variables Exógenas**

#### *Cargo profesional*

Definición conceptual: Conjunto de funciones con posición definida dentro de la estructura organizacional, es decir, en el organigrama (Muchinsky, 2007). En la presente investigación se limitan los cargos a enfermeros y médicos de diversas instituciones.

Definición operacional: Auto-reporte de los sujetos en la sección de datos de identificación, donde indicarán el cargo profesional que desempeñan para la fecha, categorizando a las enfermeras con 0 y los médicos 1 (Ver anexo H).

#### *Edad*

Definición conceptual: “Tiempo transcurrido desde el nacimiento del ser humano” (Real Academia Española, 2011). Para fines de la presente investigación se define como el tiempo transcurrido desde el nacimiento del ser humano hasta el momento en que se responde el instrumento.

Definición operacional: Auto-reporte de los sujetos en la sección de datos de identificación, en donde indican la edad en años para la fecha de la aplicación del instrumento (Ver anexo H).

#### *Sexo*

Definición conceptual: “Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas” (Real Academia Española, 2011).

Definición operacional: Auto-reporte de los sujetos en la sección de datos de identificación, en donde indican su sexo según las opciones masculino y femenino, cuyas codificaciones fueron 1 y 0 respectivamente (Ver anexo H).

#### *Contacto personal*

Definición conceptual: “Relación o trato que se establece entre dos o más personas o entidades” (Real Academia Española, 2011). En este caso la relación de índole personal (amistad, familiar, allegado) que establece el profesional de la salud con las PVVS.

Definición operacional: Auto-reporte de los sujetos, donde responden a la siguiente pregunta ¿Ha establecido usted una relación de tipo personal con las PVVS?, presentado como posibles opciones Si y No, cuyas codificaciones fueron 1 y 0 respectivamente (Ver anexo H).

#### *Contacto profesional*

Definición conceptual: “Relación o trato que se establece entre dos o más personas o entidades” (Real Academia Española, 2011). En este caso la relación de índole profesional que establece el proveedor de servicios de la salud con las PVVS.

Definición operacional: Auto-reporte de los sujetos, donde responderán a la siguiente pregunta ¿Ha establecido usted una relación de tipo profesional con las PVVS? presentado como posibles opciones Si y No, cuyas codificaciones fueron 1 y 0 respectivamente (Ver anexo F).

### **Tipo y diseño de investigación**

La presente investigación es de tipo no experimental, ex post facto, ya que se busca la descripción de las características de un fenómeno, relacionando sucesos que han ocurrido en el pasado con otros que también ocurrieron en el pasado, o con otros sucesos actuales. Es una búsqueda sistemática en la cual no se tiene control directo sobre las variables edad, sexo, cargo profesional, liberalismo sexual, homofobia, contacto profesional, contacto personal, percepción de riesgo a la infección y creencias hacia el VIH/SIDA, porque sus manifestaciones ya acontecieron. De esta manera se realizan inferencias sobre la relaciones entre las variables a partir de la variación concomitante de las variables actitudes de los profesionales de salud hacia las PVVS, homofobia, liberalismo sexual, tipo de contacto, percepción de riesgo al contagio, creencias hacia las PVVS, edad, sexo y cargo.

Dentro del marco de la investigación no experimental la presente investigación es un estudio de campo o de observación sistemática, específicamente de prueba de hipótesis, debido a que se parte de una hipótesis inicial sobre la posible relación entre distintas variables, luego se va a la situación real, se observa y se deducen conclusiones sobre la veracidad o falsedad de sus hipótesis (Kerlinger y Lee, 2002). Esta investigación se cataloga como un diseño transversal, ya que las variables en cuestión fueron medidas en un solo momento, en un tiempo único (Hernández, Fernández, y Baptista, 2003).

Así mismo el diseño de investigación utilizado para someter a prueba las hipótesis y estimar la relación entre las variables fue el diseño de ruta, basado en el análisis de ruta. Como indica Angelucci (2002) este tipo de análisis constituye una herramienta que se emplea en la formulación de hipótesis y en la evaluación de relaciones causales en

investigaciones no experimentales. Esta misma autora plantea que el objetivo principal del análisis de ruta es “la verificación de las relaciones entre las variables planteadas en un modelo” (p. 32).

Este modelo se constituye de tres tipos de variables, a saber, endógenas, exógenas y residuales; las variables endógenas son aquellas que se ven explicadas por otras variables, es decir, reciben influencia de una o más variables; las variables exógenas son aquellas que no son explicadas por ninguna otra variable dentro del modelo, y finalmente las variables residuales son las que representan factores que no son observados pero que pueden influir en las variables explicadas en el modelo (Angelucci, 2002). En este caso se trabajó con un modelo que consta de nueve variables, cuatro variables exógenas, edad, sexo, tipo de contacto con la PVVS y cargo de los sujetos que forman parte del personal de salud; y cinco variables endógenas, actitudes hacia las PVVS, percepción de riesgo a la infección, liberalismo sexual, homofobia y creencias hacia la enfermedad.

Como técnicas de control para evitar la incidencia de variables extrañas en los resultados, se empleó en primer lugar la estandarización de las instrucciones para la aplicación de las pruebas, es decir, se suministraron instrucciones generales escritas en la primera hoja de cada prueba, y se contó con un formato de instrucciones orales, esto se hizo con el propósito de no sesgar el proceso de llenado de encuestas a través de la presentación de diferentes instrucciones y para que no existieran confusiones al momento de completar las mismas.

## **Población y muestra**

### **Población**

Médicos, y enfermeras que presten servicios en clínicas, hospitales de la ciudad de Caracas Venezuela, así como instituciones especializadas en VIH/SIDA de la misma localidad.

### **Muestra piloto**

La muestra estuvo compuesta por 140 sujetos, 70 estudiantes de 5to año de medicina y 70 estudiantes del 4to y 5to semestre de enfermería, pertenecientes a la Universidad Central de Venezuela y al Colegio Universitario de Enfermería – Cruz Roja Venezolana, respectivamente. El 77, 1 % de la muestra fue del sexo femenino (108) y el 22, 9 % restante del sexo masculino (32), la media de la edad fue de 23, 1 años, sin embargo el rango fue de 19 a 40 años.

El muestreo empleado fue de tipo intencional, ya que se tomaron aquellos estudiantes que desearon llenar el cuestionario presentado, de forma voluntaria (Kerlinger y Lee, 2002).

### **Muestra definitiva**

La muestra definitiva estuvo compuesta por 226 profesionales de la salud (médicos y enfermeras), 167 (73.9%) mujeres y 59 (26.1%) hombres. De estos 118 enfermeros(as) y 108 médicos, con edades comprendidas entre 18 y 69 años, siendo el promedio de edad 36.84 ( $s= 11.420$ ). Pertenecientes a diversas instituciones de salud de la ciudad de Caracas, a saber, Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo (14.3%), Hospital Oncológico Luis Razetti (19.3%), Clínica Popular de Caricuao (18.8%), Parque Social Manuel Aguirre, s.j (6.3%), Hospital de Clínicas Caracas (9.9%), Centro Médico Caracas (6.3%), Centro Diagnóstico Integral de Caricuao UD4 (0.9%), Hospital José María Benítez (2.7%), Centro Médico Loira (0.9%), Hospital Miguel Pérez Carreño (8.1%), Clínica Santa Rita UD5 (1.3%), Ambulatorio 5 de Catia (2.7%), Hospital Francisco Antonio Ríquez (6.7%), Centro Clínico UD5 (0.9%), y Hospital Magallanes de Catia (0.9%). Estos profesionales pertenecían a las siguientes especialidades, anestesiología, cardiología, cirugía, dermatología, epidemiología, gastroenterología, ginecología, infectología, medicina general, neurocirugía, oftalmología, oncología, pediatría, psiquiatría, traumatología y urología.

El tipo de muestreo que se empleó fue de tipo intencional no probabilístico, ya que este “se caracteriza por el uso de juicios e intenciones deliberadas para obtener muestras



representativas al incluir áreas o grupos que se presume son típicos en la muestra” (p. 160, Kerlinger y Lee, 2002).

## **Instrumentos**

### **Escala de Actitud hacia las PVVS (Ver anexo B)**

Este instrumento supone una versión de una de las subescalas del instrumento realizado por Cañoto y Frías en 1986, el cual consistió en una escala de 59 reactivos, los cuales estaban distribuidos en tres subescalas, a saber, actitud hacia el SIDA como entidad médica (12 ítems), actitud hacia la posibilidad de infección (12 ítems) y actitud hacia las PVVS (17 ítems). La escala que se empleó en esta investigación fue una modificación de esta última subescala, realizada por Bernal, et al. 1997, la cual consta de 19 ítems, con una escala tipo likert de cuatro puntos, que va desde completamente de acuerdo a completamente desacuerdo. Del total de ítems, 6 son negativos (4, 5, 11, 13, 17, 19) y los 13 que restan son positivos; estos últimos se puntúan progresivamente (del 1 al 4) y los ítems negativos se puntúan de forma inversa. La escala tiene un rango de variabilidad que va desde los 19 puntos hasta los 76, mayores puntajes indican una actitud favorable hacia las PVVS, y puntajes menores indican una actitud desfavorable hacia las PVVS. La confiabilidad por el método de alfa de Cronbach fue de 0.72 y la validez de constructo a partir del análisis por componentes principales, reveló la existencia de dos factores.

En la investigación de Díaz y Ron (1999) se hallaron en cuanto a indicadores de validez y de confiabilidad, un coeficiente de confiabilidad de alfa de Cronbach 0.75, lo que indica una alta consistencia interna entre los reactivos que conforman la escala. En lo referente a la validez de la escala, las mismas autoras realizaron un análisis factorial por el método de componentes principales, para ésta emplearon rotación varimax y un autovalor de 1.5. Se obtuvieron dos factores los cuales explicaron 30.36% de la varianza total de la prueba, el primer factor llamado rechazo un 17.67% y el segundo llamado defensa explicó 12.70 % de la varianza total. Estos resultados fueron obtenidos de una muestra de 804

sujetos con edades comprendidas entre 22 y 65 años, de estos 19 sujetos eran inmunólogos, 160 médicos, 132 odontólogos, 142 psicólogos, 157 administradores y 194 ingenieros.

En la presente investigación se estimó la confiabilidad y la validez a partir de los resultados obtenidos en la prueba piloto. Para el reporte de la confiabilidad de los datos, se empleó el coeficiente de consistencia interna de Alfa de Cronbach, el cual tuvo un valor de  $\alpha = 0,65$  lo que significa que existe una correlación moderada entre los ítems de la escala. La mayor parte de los ítems presentaron una correlación moderada con el test ( $r = 0.30 - 0.60$ ), sin embargo los ítems 1, 2, 7, 11, y 13 correlacionaron de forma negativa y baja con escala, disminuyendo así el coeficiente de confiabilidad. Debido a esto se consideró la eliminación de estos reactivos, para aumentar el valor del coeficiente de Alfa de Cronbach, no obstante al correr los datos del análisis factorial se observó que todos los ítems excepto el 7 correlacionan de forma positiva y alta en alguna de las cargas factoriales de la escala. Por tanto se eliminó únicamente el reactivo número de 7 de la escala, y así al calcular nuevamente la confiabilidad, eliminando este ítem se aumentó el valor de la confiabilidad a  $\alpha = 0.77$ , siendo este mayor al reportado en 1999 por Díaz y Ron.

En lo que a validez se refiere, se llevó a cabo un análisis factorial por medio del método de componentes principales, utilizándose un autovalor de 1,5 para la extracción de los factores (método y criterio empleado en todos los análisis factoriales de las escalas subsiguientes). De acuerdo con esto, se obtuvieron 3 factores mediante rotación varimax con normalización Kaiser, estos explicaron el 38.89 % de la varianza, el primer factor explicó el 17.60 %, y es llamado aceptación hacia las PVVS (ítems 3, 5, 6, 9, 10, 14, 15, 16, y 18) el segundo factor explicó el 11.16 % y fue llamado defensa de los derechos humanos y aislamiento hacia las PVVS (ítems 8, 12, 13, 17, y 19) y el último factor explicó 10.13 % de la varianza y fue identificado como trato especializado hacia las PVVS (ítems 1, 2, 4, y 11). Estos resultados difieren de los hallados por Díaz y Ron en 1999, ya que éstas identificaron sólo dos factores en la estructura factorial, mientras que en la presente investigación se hallaron tres, esto puede explicarse debido a que los ítems uno y once no cargaron en ninguno de los dos factores encontrados en su investigación, asimismo el ítem

dos en la misma investigación fue considerado como un reactivo que pretendía medir discriminación hacia las PVVS mientras que en la presente investigación este reactivo fue entendido como una medida de brindarles a las PVVS un espacio médico especializado exclusivamente en el tratamiento de su enfermedad, rescatando que esta medida no implica discriminación. De esta manera, la unión de estos ítems conformó el último factor de la escala en cuestión.

Todos los ítems obtuvieron una carga factorial mayor a .40 lo cual los incluyen en alguno de los tres factores finales, sin embargo los ítems 7 y 10 presentaron cargas factoriales por debajo de este valor, es por ello que el ítem 7 fue eliminado mientras que el 10 fue modificado en redacción para así aumentar su valor en la aplicación futura.

### **Escala de homofobia (Ver anexo C)**

Este instrumento fue diseñado por Sherrod y Nardi en 1998 y fue traducido y adaptado por Díaz y Ron en 1999, dicha escala tiene como objetivo evaluar la homofobia a través de dos perspectivas, a saber, un rango personal de prejuicios tales como actitudes hacia vecinos, compañeros de trabajo, y el estilo de vida de personas homosexuales; y un rango de creencias políticas que incluye los derechos al reconocimiento del matrimonio, adopción de niños, protección civil y trato indiscriminado en los sujetos homosexuales.

Esta escala se encuentra compuesta por 9 reactivos, con un formato de medida tipo likert de 4 puntos. Del total de reactivos, 5 son positivos (ítems 3, 4, 5, 7, 8) y los restantes son negativos; los primeros se puntúan de forma progresiva (del 1 al 4) mientras que los negativos se puntúan en orden inverso. De esta manera, la escala cuenta con un rango de variabilidad que va desde los 9 puntos que señala una actitud positiva hacia el homosexual, hasta 36 puntos que indican una actitud negativa hacia los homosexuales.

El instrumento fue validado por Díaz y Ron (1999). En términos de confiabilidad se encontró en una muestra de 804 sujetos con edades comprendidas entre 22 y 65 años, de estos 19 sujetos eran inmunólogos, 160 médicos, 132 odontólogos, 142 psicólogos, 157

administradores y 194 ingenieros; un coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.93 el cual señaló una alta consistencia interna entre los ítems que componen la escala. Con respecto a la validez, se realizó un análisis factorial, mediante el uso del método de componentes principales, los resultados mostraron que la escala era unifactorial, y ésta explicó un 46.05% de la varianza total.

Los resultados del estudio piloto de esta investigación, mostraron una confiabilidad con el coeficiente de consistencia interna de Alfa de Crombach, de 0.85 esto significa que existe una correlación positiva y alta entre los ítems que componen la escala. Se observó que todos los reactivos presentaron a su vez una correlación media alta con el test, por lo que se sugirió no eliminar ninguno de estos. Se llevó a cabo el análisis factorial, el cual dio como resultado un solo factor que explicó el 46.04%, este resultado es esperado debido a que la escala se encuentra conformada por pocos ítems, y por tanto no se espera que la misma evalúe varias dimensiones

#### **Escala de liberalismo sexual (Ver anexo D)**

Este instrumento fue creado por Neff y Burge en 1995, el mismo fue adaptado y traducido por Díaz y Ron en 1999, esta escala pretende medir la importancia del amor, de las relaciones íntimas y de la monogamia en las relaciones sexuales considerando el placer o el disfrute sexual. Se encuentra constituida por 6 ítems, de estos tres son positivos (ítems 1, 4, 5) y los restantes son negativos; los ítems positivos se puntúan progresivamente del 1 al 4 mientras que los negativos se puntúan de forma inversa. De esta manera la escala presenta un rango de variación que va de 6 a 24 puntos, las puntuaciones altas indican una actitud liberal hacia la sexualidad, y puntuaciones bajas señalan una actitud conservadora hacia la sexualidad.

En lo referente a la confiabilidad de la escala, Díaz y Ron (1999) hallaron un coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.78, en una muestra de 804 sujetos con edades comprendidas entre 22 y 65 años, de estos 19 sujetos eran inmunólogos, 160 médicos, 132 odontólogos, 142 psicólogos, 157 administradores y 194 ingenieros. Este valor en la

confiabilidad indicó alta consistencia interna entre los reactivos que forman la escala. En lo que respecta a la validez, se llevó a cabo un análisis factorial, mediante el método de componentes principales, en el que se halló que dicha escala poseía una estructura unifactorial, encontrándose que este factor explicó 47.61 % de la varianza total.

A partir del estudio piloto de este estudio, se obtuvo el coeficiente de consistencia interna para el cómputo de la confiabilidad, este arrojó un valor de 0.71 lo que indica una correlación media alta entre los ítems que componen la escala. Todos los reactivos presentaron una correlación media alta entre ellos de manera que todos aportan varianza verdadera a la escala. Al realizar el análisis factorial se halló un solo factor el cual explicó el 42.73% de la varianza, sin embargo, es importante destacar que este resultado es esperado debido a la longitud que presenta la escala, la misma por poseer pocos ítems no supone la medición de varias dimensiones.

### **Escala de Percepción de riesgo a la infección al VIH/SIDA (Ver anexo E)**

Escala elaborada por las autoras de la presente investigación, para medir la evaluación y juicio de peligro al que están o estarán expuestos los profesionales de la salud, acerca de la infección con el VIH en su labor actual como médicos o enfermeras.

Esta escala consta de tres reactivos en un formato de medida de tipo likert de 5 puntos, los puntajes varían desde 5 puntos hasta 15 puntos, en donde puntajes menores señalan una menor percepción de riesgo al contagio al VIH/SIDA, y puntajes mayores una mayor percepción de riesgo al contagio de VIH/SIDA.

Los resultados del estudio piloto, mostraron un coeficiente de Alfa de Conbrach de consistencia interna de 0.86 esto señala que existió una alta correlación entre los reactivos que constituyen la escala. Los tres ítems que conforman la escala presentaron una alta correlación con el test, por tanto no se propuso la exclusión de ninguno de estos para el instrumento final. Se realizó el análisis factorial para verificar la validez de la escala, y se obtuvo un solo factor que explicó el 78.11% de la varianza.

### **Escala de creencias hacia la enfermedad de SIDA (Ver anexo G)**

Esta escala parte del instrumento creado por Alfaro, et al. (1991; cp. Zamora, 1997), está compuesto por 58 ítems para medir actitud ante el SIDA, estos reactivos se distribuyen de manera que puedan evaluar los tres componentes de una actitud, a saber, componente cognitivo, afectivo y conductual. No obstante para fines de esta investigación, se emplearon únicamente los 16 reactivos que aluden al componente cognitivo de la actitud. De estos, 7 ítems son positivos y por tanto se puntúan de forma progresiva del 1 al 4, y los restantes son negativos y se puntúan en orden inverso.

En la presente investigación se incluyeron tres ítems correspondientes a creencias relacionadas con la infección con VIH por medio de lactancia materna, transmisión de VIH durante el parto y conducta alimentaria como prevención a la infección del VIH, esto último se realizó al considerar las recomendaciones dadas por los jueces expertos, que evaluaron el instrumento en el estudio piloto.

De acuerdo con lo anterior, la escala tiene un rango de variabilidad de 19 a 76 puntos, en la cual puntajes más bajos se encuentran relacionados con creencias menos acertadas y desfavorables hacia las PVVS mientras que los puntajes más altos se encuentran relacionados con creencias acertadas y favorables hacia las PVVS.

Debido a que esta escala supone una reducción de una escala de actitudes hacia el SIDA que posee mayor cantidad de ítems, no se contó con los datos referentes al aspecto psicométrico para esta porción (referente al componente cognitivo o creencias), por tanto los datos relacionados a la confiabilidad y validez de la misma, fueron calculados a partir de los resultados encontrados en la prueba piloto de la presente investigación.

Los hallazgos del estudio piloto mostraron que el coeficiente de Alfa de Cronbach para el cálculo de la confiabilidad por consistencia interna, tuvo un valor de 0.79 lo cual indica una correlación media alta entre los reactivos que componen la escala. De los 19

reactivos que forman la escala sólo el 2, 3, 11, 18 y 19 son los que presentan una correlación baja o negativa con el test, mientras que los restantes presentan correlaciones medias altas. Sin embargo los ítems 3, 11, 18, y 19 muestran una alta y positiva carga en el análisis factorial, y por tanto forman parte de alguno de los factores finales, por ello se mantienen. No obstante el ítem 2 presenta también baja carga factorial en los factores definitivos, por esto se modificó su redacción con el objetivo de aumentar el valor de su carga factorial.

En lo referente al análisis factorial se obtuvo que la escala en cuestión presenta 3 factores, el primero explicó 20.48 %, y se denominó medios de infección generales y síntomas del VIH/SIDA (ítems 2, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16, y 17) el segundo factor explicó 16.04 %, y fue llamado medidas de prevención a la infección con VIH/SIDA y el tercer factor explicó 8.14 % de la varianza, y fue nombrado medidas de infección por vía materna y evolución de la infección con VIH/SIDA, en total los tres factores explican 44.66 % de la varianza verdadera.

Todos los reactivos de la escala excepto el 2 presentaron una carga factorial mayor a 0.40 o muy cercana a esta, por lo que no se eliminó ningún reactivo sólo se hizo la modificación en redacción al ítem 2 para aumentar su carga en aplicaciones futuras.

#### **Datos de identificación (Ver anexo H)**

Datos que los encuestados llenarán para obtener la siguiente información: a) edad, b) sexo, codificada como 0 mujer y 1 hombre; c) tipo de contacto con la PVVS dividido en profesional y personal, en donde 0 indica ausencia de relación y 1 presencia del contacto; d) cargo profesional, codificada como 0 enfermeras y 1 médicos, y e) institución y departamento en el que labora.

## **Procedimiento**

En primera instancia se realizó un estudio piloto, para así determinar aspectos de validez y confiabilidad de los instrumentos de medición, a saber, Escala de actitudes hacia las PVVS, Escala de creencias hacia la enfermedad de VIH/SIDA, Escala de homofobia, Escala de liberalismo sexual, y Escala de percepción de riesgo a la infección al VIH/SIDA. Debido a que las escalas que se emplearon en la presente investigación fueron construidas en el año 1999, fue menester verificar la vigencia de dichas escalas, para así confirmar si en efecto los reactivos presentaban confiabilidad y pertinencia con respecto a lo medido, y se realizaron las modificaciones pertinentes en las escalas que así lo requirieron. Adicionalmente se establecieron aspectos importantes a controlar durante la realización de las encuestas, como claridad de las instrucciones presentadas en la encuesta y comprensión de éstas y de las escalas por parte de la población.

Este estudio piloto se llevó a cabo en una muestra de 140 estudiantes, de medicina y enfermería de la Universidad Central de Venezuela y del Colegio Universitario de Enfermería – Cruz Roja Venezolana, el muestreo empleado fue no probabilístico intencional, ya que se emplearon aquellos sujetos que accedieron a responder a la encuesta de manera voluntaria.

Posteriormente se procedió al ensamblaje de la primera versión del instrumento a administrar, el cual constó de 5 escalas, a saber, escala de actitud hacia las PVVS, escala de homofobia, escala de liberalismo sexual, componente cognoscitivo de la escala de actitud ante el SIDA y los datos de identificación. Seguidamente se realizó el proceso de aplicación de las encuestas, en las instituciones previamente señaladas. La administración se llevó a cabo en los salones de clases, de forma colectiva con presencia de los investigadores y profesor encargado. Una vez recolectadas todas las encuestas necesarias se procedió al vaciado de los datos, los cuales fueron procesados y analizados en el programa estadístico SPSS versión 17. En función de los resultados obtenidos se tomaron decisiones con respecto a las modificaciones de los instrumentos (eliminación de ítems para aumentar la



confiabilidad, y modificación de los mismos o de las instrucciones), y el producto de este fue la versión definitiva del instrumento de evaluación.

Seguidamente se llevó a cabo el muestreo para la parte definitiva del estudio, para esto se acudió a las instituciones que aceptaron formar parte del estudio, estas instituciones fueron Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo, Hospital Oncológico Luis Razetti, Clínica Popular de Caricuao, Parque Social Manuel Aguirre, s.j, Hospital de Clínicas Caracas, Centro Médico Caracas, Centro Diagnóstico Integral de Caricuao UD4, Hospital José María Benítez, Centro Médico Loira, Hospital Miguel Pérez Carreño, Clínica Santa Rita UD5, Ambulatorio 5 de Catia, Hospital Francisco Antonio Risquez, Centro Clínico UD5, y Hospital Magallanes de Catia. En éstas se solicitó autorización para llevar a cabo el proceso de encuestas.

Una vez seleccionadas las instituciones, se comenzó con el levantamiento de datos, es decir, se accedió a las diferentes instituciones para llevar a cabo el proceso de encuestas, las cuales se aplicaron a todos aquellos profesionales de la salud (médicos y enfermeras) que aceptaron completar el cuestionario; la aplicación de las mismas se realizó de manera individual.

Consecutivamente se realizó el procesamiento de los datos, esto supuso la clasificación y ordenación de los datos brutos, de manera que estos pudieran ser sometidos al análisis de datos pertinente. Esto se realizó mediante el uso del programa estadístico SPSS versión 17. En este, se llevaron a cabo diferentes análisis, a saber, análisis factorial, descriptivo y de rutas.

Finalmente, se examinaron los resultados de la prueba de hipótesis con el objetivo de determinar si estos constituían una confirmación o no de las diferentes hipótesis planteadas en el modelo de rutas.

## IV. ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos de la presente investigación, se compuso de dos fases, la primera alude al análisis de los datos recogidos a partir de la prueba piloto, y la segunda fase se refiere al análisis de los datos arrojados en el levantamiento de los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la versión definitiva del instrumento.

En la primera fase se llevó a cabo el análisis de confiabilidad de todas las escalas empleadas, para así garantizar la exactitud con la que el instrumento de medida, mida lo que pretende medir (Magnusson, 2001). Para esto se hizo uso del coeficiente de consistencia interna, alfa de Cronbach, asimismo se hizo el análisis de ítems a fin de identificar aquellos reactivos que reducían considerablemente la varianza y por tanto se eliminaron del instrumento.

Posteriormente se llevó a cabo el análisis factorial de las escalas mencionadas previamente por medio del método de componentes principales, el cual se hizo con el objetivo de hallar la estructura factorial de las mismas, o en otras palabras de hallar los componentes o factores que expliquen la mayor proporción de varianza y decidir con mayor seguridad la eliminación o modificación de reactivos.

Para la segunda fase se comenzó realizando el mismo procedimiento ejecutado en la fase uno (confiabilidad y estructura factorial de las escalas), luego se hizo el análisis descriptivo de los datos, utilizando para esto estadísticos de tendencia central (media y mediana), dispersión (desviación típica, varianza y coeficiente de variación) y forma (asimetría y kurtosis), esto último con el objetivo de obtener de forma más detallada el comportamiento de la distribución de los datos.

Finalmente, se elaboró el análisis de ruta, el cual tiene como objetivo el estudio de los efectos directos e indirectos en las variables estudiadas sobre la actitud de profesionales de la salud hacia las personas que viven con VIH/SIDA, mediante la técnica de análisis de regresión lineal para cada una de las variables endógenas.

En primer lugar, se verificaron los supuestos de este análisis multivariante, de acuerdo con esto debe cumplirse en primer lugar el supuesto de normalidad de la variable dependiente, o en otras palabras que las varianzas sean homogéneas de un grupo a otro, dentro de los límites de la variación aleatoria (Kerlinger y Lee, 2002). Para verificar el cumplimiento de este supuesto se observaron los valores obtenidos en la tabla de residuales, en esta se espera que la media sea igual a 0 y límites positivos y negativos parecidos. Igualmente se analizó el gráfico de normalidad para cada una de las variables endógenas.

También se revisó el cumplimiento del supuesto que plantea que los errores deben distribuirse de forma aleatoria, es decir, que entre estos no debe existir ninguna relación, este supuesto se verificó a partir del valor del estadístico Durbin-Watson el cual debe arrojar un valor cercano a 2.

Finalmente el tercer supuesto a cumplir es que no exista multicolinealidad entre las variables independientes del modelo de regresión. Este supuesto se comprobó a partir de los valores de tolerancia y VIF los cuales deben dar valores cercanos a uno para su cumplimiento.

## V. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En primer lugar, se realizó el cálculo del coeficiente de consistencia interna alpha de Cronbach y un análisis de componentes principales, para obtener indicadores de confiabilidad y la estructura factorial de las escalas. En la escala de actitud hacia las PVVS se obtuvo un valor de .739 para el coeficiente de alpha de Cronbach, lo cual indica que existe una consistencia interna alta entre los ítems, se obtuvo un rango de correlaciones altas y positivas entre .0727 y .5850, a excepción del ítem 4 con una correlación negativa de -.3569 (Ver anexo I).

Asimismo, a partir del análisis factorial realizado por el método de componentes principales, con un autovalor de 1,5 se obtuvieron 2 factores. El primer factor explicó 19.956 % de la varianza total de la escala y el segundo factor 16.01%, de esta forma el 35.967% de la varianza total es explicada por ambos factores.

Se rotó la matriz por el método varimax y se utilizó un valor mayor de .35 como carga factorial para la composición de cada uno de los factores (ver tabla 1). El primer factor se denominó defensa de los derechos humanos y benevolencia hacia las PVVS (compuesto por 8 ítems), y el segundo factor se denominó aceptación de las PVVS (compuesto por 7 ítems). Los ítems 8 y 10 no cargaron en ninguno de los factores, por lo que puede considerarse su modificación o eliminación para futuras investigaciones. Así mismo los ítems 6, 13, 15, y 17 obtuvieron cargas factoriales en ambos factores, por lo cual se colocó en el factor en donde presentaran mayor carga factorial, mayor a .35. distribuyéndose los ítems 6 y 17 en el factor de defensa de los derechos humanos y benevolencia hacia las PVVS y los ítems 13 y 15 en el factor de aceptación de las PVVS.

Tabla 1. *Matriz factorial rotada de la escala de actitud hacia las PVVS*

	Factor 1	Factor 2
Ítem 1	-.014	<b>.369</b>
Ítem 2	.146	<b>.534</b>
Ítem 3	<b>.608</b>	.266
Ítem 4	<b>.356</b>	.211
Ítem 5	<b>.674</b>	.124
Ítem 6	<b>.499</b>	.363
Ítem 7	.007	<b>.624</b>
Ítem 8	.286	.225
Ítem 9	<b>.607</b>	-.232
Ítem 10	.323	-.223
Ítem 11	.080	<b>.664</b>
Ítem 12	<b>.651</b>	.297
Ítem 13	.411	<b>.553</b>
Ítem 14	.159	<b>.558</b>
Ítem 15	.318	<b>.618</b>
Ítem 16	<b>.672</b>	.040
Ítem 17	<b>.445</b>	.318
Ítem 18	<b>.664</b>	.151

*Nota.* En negritas: carga factorial > .35

En relación a la escala de homofobia, el coeficiente de consistencia interna arrojó un valor .803 lo cual refleja alta consistencia interna entre los reactivos de la escala. Se obtuvo un rango de correlaciones ítems-puntaje total de .2931 a .6413 (Ver anexo J). Adicionalmente se verificó la estructura factorial del instrumento a través de un análisis factorial, por el método de componentes principales con un autovalor de 1,5. Se encontró que la escala es unifactorial y explica el 39.87 % de la varianza total.

Para la escala de percepción de riesgo a la infección, se obtuvo un alpha de Cronbach de .855 lo que indica alta consistencia interna entre los reactivos que conforman la escala. El rango de correlaciones obtenido fue de .714 a .742 (Ver anexo K). Para verificar la estructura factorial de la escala, se realizó un análisis factorial, por el método de componentes principales, con un autovalor de 1,5 obteniéndose que los ítems se agrupan en un solo factor, el cual explica 77.66% de la varianza total de la escala.

En la escala de liberalismo sexual, se halló un coeficiente de alpha de Cronbach de .784 esto indica alta consistencia interna entre los ítems que componen la escala. El rango de correlaciones fue de .4272 a .6048. El análisis de componentes principales, con rotación varimax y autovalor de 1.5, arrojó que la escala está compuesta por un solo factor que explica 48.68% de la varianza total (Ver anexo L).

Del mismo modo, al estimar la confiabilidad para la escala de creencias hacia la enfermedad de VIH/SIDA, se obtuvo un coeficiente de alpha de Cronbach de .753, lo cual refleja que la escala presenta alta consistencia interna, con un rango de correlaciones ítems-puntaje total de .0728 a .5632 (Ver anexo M). Por su parte el análisis de componentes principales, con autovalor de 1.5 se evidenció que, la escala consta de 2 factores (compuestos por 14 y 5 ítems respectivamente), el primero alude a la prevención, síntomas y sesgos hacia el VIH/SIDA y explicó 24.08% de la varianza total, el segundo factor se denominó transmisión del VIH/SIDA y explicó un 10.25% de la varianza total de la escala, de manera que en conjunto explican el 34,33% (Ver tabla 2).

Luego de evaluar la confiabilidad y estructura factorial de los instrumentos, se procedió a calcular los estadísticos descriptivos, con el objetivo de evaluar la distribución y comportamiento de la muestra en cada una de las variables, incluyendo sus dimensiones (Ver tabla 3).

Para el factor defensa de los derechos humanos y benevolencia hacia las PVVS de la variable actitud hacia las PVVS se encontró que los puntajes oscilan entre 12 y 32 puntos, se obtuvo una media aritmética de 27.345, con un coeficiente de variación de 13.3% y una alta asimetría negativa ( $As = -1.158$ ). Esto indica que los profesionales de salud presentan una actitud homogénea, que se caracteriza por una marcada defensa y consideración hacia las PVVS distribuyéndose de forma leptocúrtica ( $Ku = 1.615$ ).

Tabla 2. *Matriz factorial rotada de la escala de creencias hacia las PVVS*

	Factor 1	Factor 2
Ítem 1	<b>.455</b>	-.045
Ítem 2	.057	<b>.647</b>
Ítem 3	-.048	<b>-.570</b>
Ítem 4	<b>.481</b>	.026
Ítem 5	<b>.493</b>	-.267
Ítem 6	<b>.540</b>	.082
Ítem 7	<b>.610</b>	-.248
Ítem 8	<b>.410</b>	-.331
Ítem 9	<b>.607</b>	.242
Ítem 10	<b>.639</b>	.113
Ítem 11	.144	<b>.521</b>
Ítem 12	<b>.625</b>	.371
Ítem 13	<b>.701</b>	.203
Ítem 14	<b>.503</b>	-.037
Ítem 15	<b>.703</b>	.114
Ítem 16	<b>.626</b>	.068
Ítem 17	<b>.460</b>	-.019
Ítem 18	.130	<b>.362</b>
Ítem 19	-.105	<b>.528</b>

*Nota.* En negritas: carga factorial > .35

En el segundo factor de la actitud hacia las PVVS, denominado aceptación hacia las PVVS, los puntajes variaron de 10 a 28 puntos, y se obtuvo un valor promedio de 22.274, con un coeficiente de variación de 15.80% con asimetría negativa alta ( $A_s = -.610$ ), esto refleja que la mayoría de los profesionales de la salud poseen una actitud homogénea de aceptación hacia las PVVS, con una forma leptocúrtica ( $K_u = .411$ ).

Por su parte, la variable homofobia presentó una variación de puntajes que oscila entre 9 y 33 puntos, se halló un valor promedio de 19.535, con una asimetría de los datos positiva ( $A_s = .309$ ) y un coeficiente de variación de 11.50%, esto indica una actitud homofóbica moderada baja por parte de los profesionales de la salud, la cual se comporta de forma homogénea. Adicionalmente se encontró que la distribución de los datos es platicúrtica ( $K_u = -.706$ ).

La escala de percepción de riesgo al contagio obtuvo un rango de puntajes entre 0 y 12 puntos, con una media aritmética de 7.504 presentando una distribución homogénea ( $CV=16.30\%$ ) y una asimetría negativa ( $As= -.428$ ), esto señala que los profesionales de salud presentan una percepción de riesgo moderada con una pequeña tendencia a los valores bajos, y tiene una forma leptocúrtica ( $Ku= .505$ ).

Para la variable liberalismo sexual, se encontró un rango de valores que va desde 6 hasta 24 puntos, con un valor promedio de 12.553 y un coeficiente de variación del 30% y una asimetría positiva ( $As= .390$ ), lo cual indica una postura de liberalismo sexual moderada baja en los encuestados, con un comportamiento de los datos que presenta una tendencia a ser heterogénea. Así mismo los datos se distribuyeron de forma platicúrtica ( $Ku= -.257$ ).

En relación al factor de prevención, síntomas y sesgos hacia las PVVS de la variable creencias hacia la enfermedad de VIH/SIDA se halló un rango de puntuaciones de 25 a 56, con una media aritmética de 47.114, mientras que el coeficiente de variación fue de 30.10% y una asimetría negativa ( $As= -.468$ ). Esto señala que los profesionales de la salud poseen de forma moderada alta creencias favorables y acertadas hacia la enfermedad de VIH/SIDA y una ligera variabilidad de los datos. Adicionalmente se encontró que la distribución de los datos tiende a ser mesocúrtica ( $Ku= .260$ ).

Por su parte el factor de creencias de la transmisión del VIH/SIDA obtuvo una media aritmética de 15.986, con un rango de puntuaciones de 8 a 20 puntos, un coeficiente de variación de 39.9%, y una asimetría negativa ( $As= -.284$ ). Esto último indica que los profesionales de la salud poseen moderas altas creencias acertadas y favorables hacia la transmisión del VIH/SIDA y un comportamiento heterogéneo de los datos. La distribución de los datos se dio de forma platicúrtica ( $Ku= -.350$ ).



Tabla 3. *Descriptivos de las variables*

	Media	Desv.	Coef. de Variación	As	Ku	Mínimo	Máximo
Benevolencia	27.345	-1.158	3.638	1.615	.133	12	32
Aceptación	22.274	-.610	3.536	.411	.158	10	28
Homofobia	19.435	5.834	.115	.309	-.706	9	33
P. de riesgo	7.504	2.998	.163	-.428	-.505	0	12
Liberalismo S.	12.553	3.782	.300	.390	-.257	6	24
Prevención	47.114	-.468	5.426	-.260	.301	25	56
Transmisión	15.986	-.284	2.612	-.350	.399	8	20

De esta manera se encontró que los profesionales de la salud presentaron actitudes de defensa de los derechos humanos y benevolencia hacia las PVVS, así mismo muestran actitudes de aceptación hacia estas personas. Adicionalmente poseen una moderada homofobia y percepción de riesgo a la infección, y un liberalismo sexual moderado bajo. Finalmente se halló que poseen moderadas creencias acertadas, en relación a la prevención, síntomas y sesgo, y de la prevención del VIH/SIDA.

Por otro lado, se llevó a cabo la verificación de los supuestos requeridos para el análisis de regresión múltiple, técnica estadística del análisis de ruta, de esta manera se analizó la matriz de correlaciones simples, estimada a partir del coeficiente producto – momento de Pearson, para así verificar la ausencia de multicolinealidad entre las diversas variables incluidas en el modelo: edad, sexo, cargo, creencias hacia la enfermedad, liberalismo sexual, contacto profesional, contacto personal, percepción de riesgo hacia la enfermedad, homofobia y actitudes hacia las PVVS. Los resultados arrojados señalan que los coeficientes de correlación entre las variables del modelo, tienen valores por debajo de .70 de manera que se cumple el supuesto de no multicolinealidad entre ellas (Ver anexo N).

Para ver los supuestos de los errores, se analizó el gráfico de los residuales, a partir de los resultados se observó que los valores de la media están cercanos a 0. Así mismo la lectura del gráfico de normalidad señala que la distribución se aproxima a la misma en todas las variables incluidas en el modelo, indicando la normalidad de la variable dependiente.

El último supuesto a comprobar, es el de la distribución aleatoria de los errores, el cual se comprobó a través del estadístico Durbin-Watson el cual obtuvo valores cercanos a 2. Asimismo la lectura del gráfico de los errores, demuestra la aleatoriedad en los mismos.

Cubiertos los supuestos y con el objetivo de contrastar las hipótesis planteadas en el modelo propuesto (ver figura 1) y analizar las relaciones planteadas en el mismo, se procedió a realizar el análisis de ruta, a través del cual se obtuvieron las influencias directas e indirectas de las variables predictoras, sobre las variables endógenas (Kerlinger, 2002), de esta manera se realizó una regresión múltiple de derecha a izquierda, para cada una de las variables endógenas consideradas en el modelo. Se usó un valor de significancia de .05.

De esta manera, para el factor de actitud de defensa de los derechos humanos y benevolencia hacia las PVVS, se halló un coeficiente de correlación múltiple de .544, lo que indica que existe una correlación moderada entre la combinación lineal de las variables, edad, sexo, cargo, liberalismo sexual, homofobia, contacto profesional, contacto personal, y creencias (hacia la prevención, síntomas y sesgos y hacia la transmisión VIH/SIDA, hacia las actitudes de defensa de los derechos humanos y benevolencia hacia las PVVS) y el mencionado factor. Adicionalmente se obtuvo un coeficiente de determinación .296 lo cual señala que el 29.6 % de la varianza total de esta variable es explicada significativamente por la correlación conjunta de las variables predictoras ( $F= 6.741$ ,  $p<.000$ ); (Ver anexo O).

Se examinó las magnitudes del efecto de cada una de las variables predictoras que ejercen influencia sobre este factor, a través de los coeficientes Beta (Ver tabla 4), se halló que las variables prevención, síntomas y sesgos (factor 1 de creencias) y transmisión del VIH/SIDA (factor 2 de creencias) se relacionan de forma positiva y moderada baja ( $\beta=.326$ ,  $p=.000$ ;  $\beta=.327$ ,  $p=.000$ ) con el mencionado factor, de esta manera altos puntajes en creencias hacia la enfermedad se corresponden con actitudes favorables de defensa de los derechos humanos y benevolencia hacia las PVVS.

Tabla 4. *Coefficiente B, Beta y significancia asociada para el factor defensa de los derechos humanos y benevolencia hacia las PVVS*

<b>Variable</b>	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>T</b>	<b>Sig. T</b>
Prevención	.221	.326	4.506	.000*
Trasmisión	.467	.327	4.650	.000*
Homofobia	-8.98E <sup>-02</sup>	-.140	-1.947	.053
Liberalismo	-1.129	-.135	-1.691	.093
Riesgo	1.885E <sup>-03</sup>	.002	.021	.984
Con. profesional	.274	.031	.456	.649
Con. personal	.487	.059	.837	.404
Edad	2.073E <sup>02</sup>	.059	.806	.422
Sexo	-.147	-.017	-.215	.830
Cargo	8.027E <sup>02</sup>	.011	.142	.887
Constante	11.765		3.190	.002

\*Significativas al .05

Para el factor de actitud de aceptación hacia las PVVS, se halló un coeficiente de correlación múltiple de .574 lo cual señala una correlación media alta entre la combinación lineal de las variables edad, sexo, cargo, contacto profesional, contacto personal, percepción de riesgo a la infección, liberalismo sexual, homofobia, factor de prevención, síntomas y sesgos hacia las PVVS, y factor de transmisión del VIH/SIDA, y el factor de actitud de aceptación hacia las PVVS. Asimismo se obtuvo un coeficiente de determinación de .329 lo que indica que el 32.9% de la varianza total de la actitud de aceptación hacia las PVVS es explicada significativamente por la estas variables ( $F=7.713$ ,  $p<.000$ ); (ver anexo P).

Al examinar las magnitudes del efecto, para cada una de estas variables con el factor aceptación hacia las PVVS (ver tabla 5), se encontró a través del coeficiente Beta que, tanto el factor prevención, síntomas y sesgos hacia las PVVS ( $\beta=.380$ ,  $p<.000$ ), como la homofobia ( $\beta=-.317$ ,  $p<.000$ ) correlacionan con dicho factor. El factor prevención, síntomas y sesgos hacia las PVVS, correlaciona de forma positiva y moderada baja, de manera que puntajes altos en creencias se corresponden con puntajes altos en aceptación hacia las PVVS. Mientras que la homofobia correlaciona de forma negativa y moderada

baja con el factor, de forma que a menor homofobia mayor actitud positiva en relación a la aceptación hacia las PVVS.

Tabla 5. *Coefficiente B, Beta y significancia asociada para el factor Aceptación hacia las PVVS.*

<b>Variable</b>	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>T</b>	<b>Sig. t</b>
Prevención	.257	.380	5.426	.000*
Trasmisión	-1.26E <sup>-02</sup>	-.009	-.133	.895
Homofobia	-.195	-.317	-4.461	.000*
Liberalismo	-5.55E <sup>-03</sup>	-.006	-.076	.939
Riesgo	-8.08E <sup>-02</sup>	-.068	-.942	.347
Con. profesional	-4.13E <sup>-03</sup>	.000	-.007	.994
Con. personal	.219	.029	.408	.684
Edad	-1.83E <sup>-02</sup>	-.055	-.759	.449
Sexo	.147	.018	.233	.816
Cargo	.877	.123	1.656	.100
Constante	15.009		4.348	.000

\*Significativas al .05

En lo que respecta a la homofobia, se halló un coeficiente de correlación múltiple de .287, el cual señala una correlación baja entre la variable homofobia y la combinación lineal de las variables edad, sexo y liberalismo sexual. El coeficiente de determinación presentó un valor de .082 indicando que el 8.2% de la varianza total de la homofobia es explicada significativamente por la variación conjunta de estas variables ( $F=6.074$ ,  $p<.001$ ); (Ver anexo Q).

El análisis realizado a los coeficientes Beta (ver tabla 6) para obtener las magnitudes de los efectos de las variables edad, sexo y liberalismo sexual, reportó que sólo las dos últimas variables ejercen una influencia significativa sobre la homofobia. De esta manera se encontró una relación moderada baja y positiva entre el sexo y la homofobia ( $\beta=.296$ ,  $p<.000$ ), por lo cual las mujeres tienden a presentar menores puntajes de homofobia que los hombres. Por otra parte se evidenció una relación baja y negativa entre liberalismo sexual y homofobia ( $\beta=-.216$ ,  $p<.004$ ), lo cual indica que a menor liberalismo sexual mayores puntajes de homofobia.

Tabla 6. *Coeficiente B, Beta y significancia asociada para la homofobia*

<b>Variable</b>	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>T</b>	<b>Sig. T</b>
Edad	1.513 <sup>-02</sup>	.029	.431	.667
Sexo	3.898	.296	3.980	.000*
Liberalismo	-.336	-.216	-2.910	.004*
Constante	22.041		11.511	.000

\*Significativas al .05

Para la variable percepción de riesgo a la infección con VIH/SIDA, se encontró una correlación media baja entre la combinación lineal de las variables sexo, edad y cargo y ésta variable ( $R = .354$ ), de esta forma el 12.5% de la varianza total es explicada de forma significativa por la combinación de dichas variables ( $R^2 = .125$ ;  $F = 19.503$ ,  $p < .000$ ), (Ver anexo R).

Al observar las magnitudes del efecto de cada una de las variables exógenas (ver tabla 7) sobre la variable percepción de riesgo a la infección con VIH/SIDA, se evidenció que la variable edad correlaciona de forma negativa baja con la variable en cuestión, de manera a menor edad se percibe mayor riesgo a la infección del VIH/SIDA en comparación con los sujetos de mayor edad que tienden a percibir menor riesgo a la infección del VIH/SIDA.

Tabla 7. *Coeficientes B, Beta, y significancia asociada para la variable percepción de riesgo a la infección con VIH/SIDA*

<b>Variable</b>	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>T</b>	<b>Sig. t</b>
Sexo	.284	.042	.622	.534
Cargo	.605	.101	1.483	.140
Edad	-9.28E <sup>-02</sup>	-.353	-5.511	.000*
Constante	10.581		16.383	.000

\*Significativas al .05

En los resultados obtenidos para la escala de liberalismo sexual, se encontró un coeficiente de correlación de .426, el cual señala una relación media de esta variable con la combinación lineal de las variables edad y sexo. Así mismo el coeficiente de determinación obtuvo un valor de .181, indicando que el 18.1% de la varianza total de la escala

liberalismo sexual es explicada significativamente por la variación conjunta de las variables edad y sexo ( $F=23.502$ ,  $p<.000$ ), (Ver anexo S).

Adicionalmente se analizaron las magnitudes del efecto de las variables edad y sexo sobre la variable liberalismo sexual a través de los coeficientes Beta (ver tabla 8), en relación a esto se encontró que solo la variable sexo se relaciona de forma media con la variable liberalismo sexual, por lo cual las mujeres tienden a presentar menores puntajes de liberalismo sexual que los hombres.

Tabla 8. *Coefficiente B, Beta y significancia asociada para liberalismo sexual*

<b>Variable</b>	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>T</b>	<b>Sig. T</b>
Edad	1.387 <sup>03</sup>	.004	.066	.948
Sexo	3.610	.426	6.829	.000*
Constante	11.561		14.303	.000

\*Significativas al .05

En relación a las creencias referidas a la prevención, síntomas y sesgos hacia el VIH/SIDA se encontró un coeficiente de correlación múltiple de .239, el cual señala una correlación baja pero significativa entre la combinación lineal de las variables cargo, edad y sexo con este factor. El 6.7% de la varianza total de este factor se explica por la variación significativa conjunta de estas variables, hallazgo señalado por un coeficiente de determinación de .067 ( $F= 3.942$ ,  $p<.009$ ), (Ver anexo T).

A través del análisis de los coeficientes Beta se pudo observar las magnitudes de los efectos de los variables cargo, edad y sexo. En este análisis se evidenció que solo la variable cargo profesional ejerce una influencia sobre este factor (ver tabla 9) relacionándose de forma positiva y baja ( $\beta=.227$ ,  $p<.002$ ), por lo cual el cargo de enfermero/a se asocia con menores creencias acertadas en relación a la prevención, síntomas y sesgos hacia el VIH/SIDA, mientras que para el cargo de médico se asocia con mayores creencias acertadas en relación a la prevención, síntomas y sesgos hacia el VIH/SIDA.

Tabla 9. Coeficiente B, Beta y significancia asociada para el factor prevención, síntomas y sesgos hacia el VIH/SIDA.

Variable	B	Beta	T	Sig. T
Edad	-5.01 <sup>-02</sup>	-.098	-1.407	.161
Sexo	.104	.008	.116	.907
Cargo	2.463	.227	3.098	.002*
Constante	47.672		35.374	.000

\*Significativas al .05

Para las creencias sobre transmisión del VIH/SIDA, se obtuvo una correlación múltiple de .040 lo cual indica ninguna relación entre la combinación lineal de las variables, sexo, edad, y cargo y el factor nombrado previamente. Por lo tanto la proporción de varianza explicada a partir de la correlación de las mismas variables es muy bajo y no significativo ( $R^2=.002$ ;  $F=.106$ ,  $p=.956$ ), (Ver anexo U).

En resumen, se presenta el modelo de ruta resultante de la siguiente manera (ver figura 2).

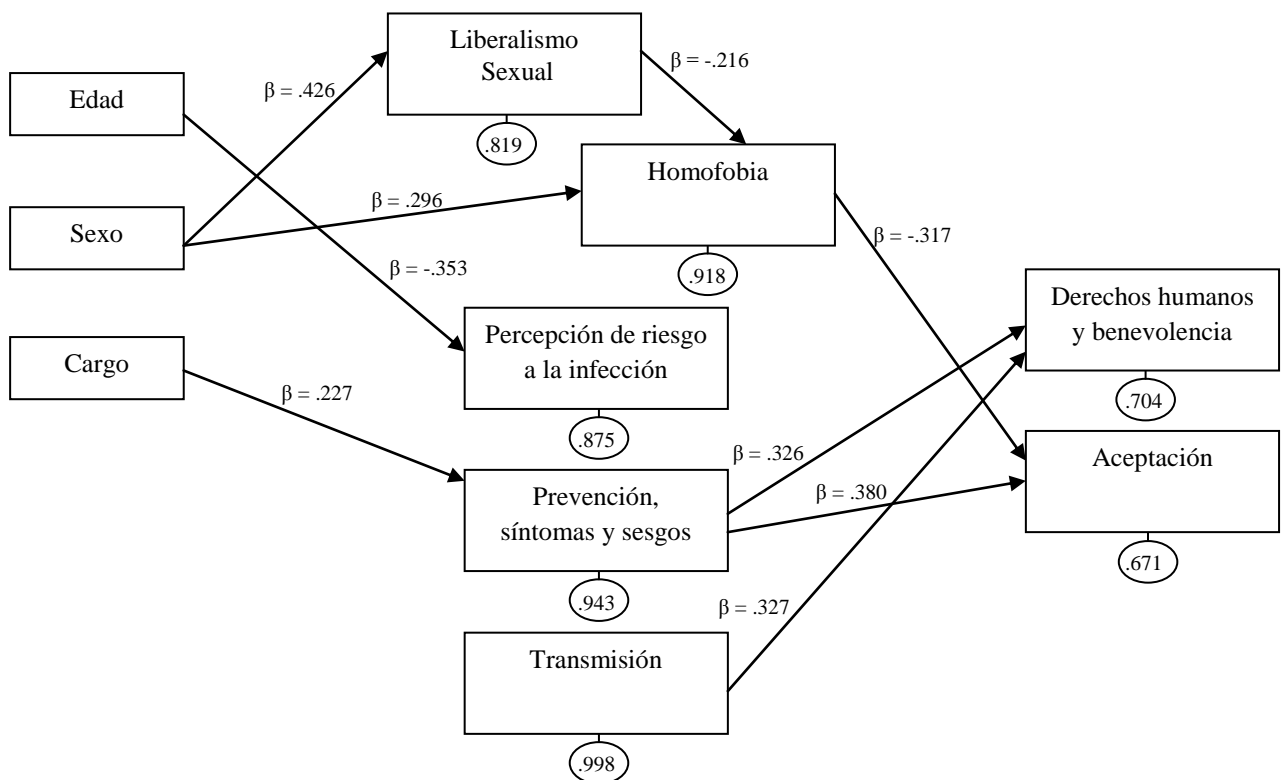


Figura 2. Modelo de ruta definitivo

De esta manera los resultados obtenidos indican que la actitud de defensa de los derechos humanos y benevolencia hacia las PVVS, recibe influencias directas e indirectas, en el primer caso la influencia proviene de los factor prevención, síntomas y sesgos, y transmisión del VIH/SIDA; y en el segundo caso el cargo influye indirectamente a través del factor prevención, síntomas y sesgos.

Por otro lado, los hallazgos señalan que la actitud de aceptación hacia las PVVS, se ve influido por rutas directas e indirectas. En las rutas directas, se obtuvo la influencia de homofobia y prevención, síntomas y sesgos. Por su parte, se hallaron influencias a partir de tres rutas indirectas, a saber: la primera es la influencia de liberalismo sexual, mediada por homofobia, la segunda es el efecto del sexo mediada por la homofobia, y la última es la influencia del sexo, quien es mediada por liberalismo que a su vez es influida por la homofobia.



## **VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

El objetivo que se planteó en la presente investigación fue analizar el efecto de las variables edad, sexo, homofobia, liberalismo sexual, creencias hacia la enfermedad de VIH/SIDA, cargo profesional, contacto personal, contacto profesional y percepción de riesgo a la infección, sobre las actitudes de los profesionales de la salud hacia las PVVS.

El primer hallazgo fue que las actitudes hacia las PVVS, pueden ser dos tipos, las primeras relacionadas con la defensa de los derechos humanos y benevolencia hacia las PVVS, y las segundas hacen referencia a la aceptación hacia las PVVS.

Los profesionales de la salud presentan una actitud que se inclina hacia la defensa de los derechos humanos y a ser benevolentes con las PVVS, es decir, que están a favor de que existan condiciones de igualdad en cuanto a derechos legales, derecho a la asistencia médica y servicio sociales, y muestran también sentimientos de empatía y buena voluntad hacia la condición de las PVVS; estos resultados se asemejan a los encontrados por Díaz y Ron (1999), quienes reportan que los profesionales de la salud muestran actitudes de defensa en relación a los derechos legales y civiles, mostrándose así a favor del resguardo y la protección de las PVVS.

A diferencia de otras investigaciones, que plantean que los profesionales de la salud presentan una actitud de rechazo y aislamiento de las PVVS, de manera que existe una tendencia marcada a alienar, evitar y excluir a éstas personas (Galzerano, 1998; Duyana, et al., 2001; Hereck, et al., 2002; Merino-Godoy, 2004 e Infante, et al., 2006), en la presente investigación se halló que predominan actitudes de aceptación e inclusión hacia las PVVS.

A partir de estos resultados, se evidencia que los profesionales de la salud respetan y abogan por la defensa de los derechos de las PVVS, y además presentan actitudes de aceptación e inclusión hacia éstas personas. Una explicación de la diferencia existente entre estos resultados y los encontrados en otras investigaciones realizadas previamente, es que la difusión de la información, las campañas orientadas a la tolerancia e inclusión, y las

instituciones dedicadas a respaldar los derechos de las PVVS, incrementa año tras año, lo cual favorece la exposición de toda la sociedad, incluyendo a los profesionales de la salud, hacia las PVVS, esta exposición constante a través de los medios, fomenta el respeto y aceptación hacia este colectivo, esto podría ser estudiado en posteriores investigaciones.

Otro de los hallazgos indica que los profesionales de la salud presentan una actitud homofóbica moderada, es decir, que existe un temor irracional y miedo hacia las personas homosexuales, estos resultados son similares a los encontrados por Díaz y Ron (1999), quienes encontraron actitud moderada de homofobia en la mayoría de los profesionales de la salud, lo cual refleja tendencia a odiar y alienar a las personas homosexuales, esto último consecuencia de que estos sujetos tienden a apearse fielmente a las normas establecidas culturalmente. De acuerdo con esto se hace evidente que existe cierto grado de rechazo, percepción de inferioridad y percepción de los homosexuales como un elemento peligroso que atenta contra los cánones sociales.

En lo que respecta a liberalismo sexual, se halló que los profesionales de la salud tienen una postura poco liberal hacia la sexualidad, lo que refleja que estos profesionales presentan baja flexibilidad en relación a la manera en que cada individuo vive su sexualidad, de manera que abogan por posiciones más conservadoras y tradicionalistas, estos resultados son congruentes con los hallados por Díaz y Ron (1999), quienes exponen que los profesionales de la salud presentan una actitud poco liberal en cuanto a la sexualidad, de esta manera existe predominancia en el pensamiento basado en principios morales y formas tradicionales en el comportamiento sexual.

Estos resultados pueden explicarse a partir de investigaciones como las de Zapata (1996) quien señala que los valores que caracterizan a los venezolanos son los referentes a la familia, trabajo, religión, amigos, tiempo libre y la política. Tomando en cuenta la religión como uno de los aspectos importantes se puede entender esta tendencia poco liberal en lo referente a la sexualidad, ya que los principios de la religión católica abogan por la estabilidad con la pareja sexual y por mantener relaciones sexuales en donde

prevalezca el amor y relaciones basadas en un vínculo personal y no solo en el deseo y atracción física y sexual, aspecto que podría investigarse en futuros estudios.

Otra explicación para estos resultados, puede estar relacionado con la edad que poseen los sujetos encuestados. La edad promedio en esta investigación fue de 36.84, lo cual indica que en la década de los 70 fue que estos sujetos desarrollaron sus pautas de crianza y de aprendizaje, época en la cual el movimiento de defensa de la homosexualidad y la flexibilidad ante las normas sociales no estaba en desarrollo. Lo cual puede explicar la tendencia de los mismos a mostrarse renuentes al cambio en cuanto a la orientación sexual y las formas de expresar la misma.

Otro de los hallazgos reveló que la variable creencias hacia la enfermedad del VIH/SIDA evaluada, puede ser de dos tipos, por una parte las creencias se relacionan con la prevención, síntomas y sesgos hacia la enfermedad del VIH/SIDA, y por otra parte se presentan creencias acerca de los medios de transmisión de la misma.

De esta manera se encontró que los profesionales de la salud poseen creencias acertadas en relación a la prevención, síntomas y sesgos del VIH/SIDA, estos resultados son contradictorios a los encontrados por investigaciones anteriores en donde reportan que los profesionales de la salud tienen creencias erróneas en relación a la infección del VIH/SIDA (Klimes et al, 1989; Infante et al, 2006; Webber, 2007). Adicionalmente se encontró que los profesionales presentan creencias acertadas en relación a las formas de transmisión del VIH/SIDA, este resultado incongruente con los encontrados por Steele y Melby (1995).

El hecho de que las creencias hacia el VIH/SIDA sean acertadas puede ser explicada por la actual importancia que se le otorga a esta enfermedad dentro del ámbito médico, existiendo un mayor énfasis en el estudio y comprensión de la misma, obligando a los profesionales de la salud a actualizarse en este tópico, debido a la alta incidencia de infección dentro de la población.

Por otra parte, se encontró que los profesionales de la salud presentan una moderada percepción de riesgo a la infección de VIH, por lo cual se perciben como altamente expuestos a la infección del virus, hallazgos similares a los encontrados por Manetti y Pierro (1991). Estos autores señalan que se ha comprobado que los profesionales de la salud se encuentran más expuestos a las PVVS en comparación con el resto de la población, pero a pesar de que para ellos el riesgo a la infección es menos probable debido a los múltiples métodos preventivos que se deben seguir en las instituciones de la salud, el riesgo es percibido como mayor. Por lo cual la percepción de riesgo que los profesionales de la salud perciben parece estar más vinculado a una vulnerabilidad en relación a la exposición y contacto continuo con las PVVS, más que con las prácticas profesionales que involucran algún tipo de contacto con sangre o material infectado.

Por otro lado, tomando en cuenta el objetivo de la presente investigación se encontró que las variables homofobia y creencias en cuanto a la prevención, síntomas y sesgos del VIH/SIDA ejercen una influencia directa hacia la actitud de defensa de los derechos humanos y benevolencia de las PVVS. Así mismo se halló que tanto las creencias en cuanto a la transmisión, como a la prevención, síntomas y sesgos del VIH/SIDA ejercen una influencia directa sobre la actitud de aceptación de las PVVS.

De esta manera la actitud de defensa de los derechos humanos y benevolencia hacia las PVVS, se ve influenciada por las creencias en cuanto a la prevención, síntomas y sesgos hacia las PVVS, encontrándose que aquellos profesionales de la salud que presenten creencias acertadas en cuanto a la prevención, síntomas y sesgos asociados al VIH/SIDA, tendrán a su vez actitudes de defensa de los derechos humanos y benevolencia hacia las PVVS.

Por su parte las creencias en cuanto a la transmisión del virus, también influyen en las actitudes de defensa de los derechos humanos y benevolencia hacia las PVVS, hallándose que creencias acertadas en la transmisión del VIH/SIDA se relacionan con

actitudes que abogan por la defensa de los derechos humanos y benevolencia hacia las PVVS.

Por otra parte, las actitudes de aceptación de las PVVS se vieron influenciadas por las creencias de prevención, síntomas y sesgos hacia las PVVS y por la homofobia. De esta manera creencias acertadas en cuanto a la prevención, síntomas y sesgos hacia las PVVS se relaciona con actitudes de aceptación hacia este colectivo; y a mayor homofobia menor actitud de aceptación hacia las PVVS.

Estos resultados son congruentes con el modelo teórico asumido en la presente investigación, modelo de acción razonada de Ajzen y Fishbein 1980, el cual plantea que uno de los elementos a estudiar a priori en relación a las actitudes de un objeto son la creencias que se tienen acerca de ese objeto actitudinal, ya que las mismas influirán en el grado de favorabilidad o desfavorabilidad que se tenga hacia el objeto (Ubillos, et al. 2004; Briñol, et al. 2007).

La relación encontrada entre la homofobia y la actitud de aceptación hacia las PVVS se puede ver explicada por una falsa percepción que poseen los sujetos en relación a la consideración de los homosexuales como originarios de la repercusión del VIH/SIDA, lo cual se corresponde con el pensamiento tradicionalista de estos sujetos.

En relación a los efectos indirectos se encontró que el cargo profesional presenta una influencia hacia las actitudes tanto de defensa de los derechos humanos y benevolencia, como de aceptación de las PVVS, a través de la variable creencias en relación a la prevención, síntomas y sesgos, de esta manera los médicos poseen creencias más acertadas en relación a la prevención, síntomas y sesgos hacia el VIH/SIDA, en comparación con las enfermeras, y a su vez se corresponde con actitudes de defensa de los derechos humanos y benevolencia, y aceptación de las PVVS.

Las creencias en relación a la prevención, síntomas y sesgos hacia el VIH/SIDA son más acertadas en médicos que enfermeras posiblemente debido a la formación de los

médicos en lo referente al VIH/SIDA, actualmente tanto la formación como la actualización profesional de estos es muy exhaustiva y en algunos casos especializada, por otra parte la formación del personal de enfermería suele ser más asistencial, desconociendo en muchos casos el conocimiento específico de la enfermedad y enfocándose más en el trato y cuidado de los pacientes.

En relación a lo anterior, Prieto (1999) encontró que las enfermeras tienden a presentar concepciones erróneas acerca del VIH/SIDA, las cuales las llevan a ejecutar conductas discriminatorias en la atención con las PVVS, este mismo autor señala que este hallazgo pudiera estar mediado por el nivel cultural y educativo de estos sujetos. En investigaciones anteriores se evidenció la falta de conocimientos del personal de enfermería en relación a las estadísticas de incidencia, grupos de riesgo, formas de transmisión, consecuencias y repercusiones del VIH/SIDA existiendo una alarmante ausencia de estos temas en la educación de estos profesionales en la población Venezolana (Prieto, 1999), es importante señalar que en esta investigación se planten creencias tanto en relación con la prevención, síntomas y sesgos como para en relación con la transmisión del VIH/SIDA.

Esta conclusión también se ve reflejada en la investigación de Badahdah (2010) el cual señala que actualmente en la formación de los estudiantes de enfermería no se hace hincapié en relación a los aspectos importantes del VIH/SIDA, existiendo una carencia explícita de estos temas en los planes de estudios. Adicionalmente el autor indica que debido a lo controversial de esta enfermedad, es muy frecuente encontrar estudiantes de enfermería que llegan con múltiples creencias erróneas acerca del VIH/SIDA, y debido a que en los ambientes educativos no se les brinda la información adecuada, estas creencias no pueden ser confrontadas ni puestas en discusión, quedándose así con información errónea que perjudica su futuro desempeño profesional.

Por otra parte se halló que el liberalismo sexual se relaciona con la actitud hacia las PVVS, a través de la variable de homofobia, encontrándose en la misma que a menor liberalismo sexual, mayor homofobia y a su vez menor actitud de aceptación hacia las

PVVS. Por lo tanto la influencia del liberalismo sexual se da como efecto indirecto pasando por homofobia, encontrándose así que, los profesionales de la salud que presentan alto apego hacia las normas y tradicionalismos sociales, evidencian conductas moderadas de homofobia, y presentan bajas conductas de aceptación hacia las PVVS.

Adicionalmente el pensamiento liberal en relación a la sexualidad se evidencia en mayor medida en los hombres que en las mujeres.

Este resultado es congruente con lo esperado ya que esta visión conservadora en relación a la sexualidad incluye en gran medida pensamientos y prejuicios en relación a la homosexualidad, que implican miedo y rechazo hacia esta población. De esta manera, los sujetos con alta actitud homofóbica y con un pensamiento poco liberal en cuanto a la homosexualidad, tienden a rechazar y aislar a los PVVS por pensar que los que se infectan en mayor medida son homosexuales.

Finalmente se encontró una última ruta indirecta, que plantea la influencia del sexo en la actitud de aceptación de las PVVS a partir de la variable homofobia. Así los hombres que suelen presentar actitudes más homofóbicas en comparación con las mujeres, a su vez presentan menor actitud de aceptación hacia las PVVS.

Esta actitud homofóbica más marcada en los hombres que en las mujeres se puede ver explicada por lo señalado por Moreno (2007) el cual indica que la sociedad machista que caracteriza a la población Venezolana, le otorga gran valor al rol y estatus de la figura del hombre, por lo cual los ciudadanos tienden a desligarse de etiquetas sociales que puedan desvalorizar su imagen, en este sentido los hombres pueden sentirse más temerarios ante la posibilidad de que se les vea asociados a la comunidad homosexual. Esto pone en manifiesto la importancia que se le otorga al rol de género en esta sociedad, en donde se incentiva a los hombres a tener una actitud de dominancia, poder y autoafirmación, mientras que las mujeres se espera que sean cuidadosas, sensibles y que expresen sus emociones (Baron, y Byrne, 2005).

Sin embargo es importante señalar que estas actitudes homofóbicas fueron moderadas, por lo cual a partir de estos resultados se puede observar como la sociedad ha evolucionado en relación a este tema, ya que anteriormente la comunidad homosexual era repudiada, y discriminada, en la actualidad a raíz de los diferentes movimientos que apoyan y defienden a este colectivo, se han flexibilizado los estándares en relación a la orientación sexual de las personas. Es por esto, que si bien aún se observan ciertas actitudes homofóbicas, las mismas no son tan notorias como en el pasado.

Finalmente se encontró que a mayor edad los sujetos presentan menor percepción de riesgo a la infección de VIH/SIDA. Esta relación puede explicarse a partir de los años de experiencia y formación que tienen los médicos y enfermeras mayores, lo cual los ha expuesto a estar en mayor contacto con los PVVS, conociendo así adecuadas medidas de protección al momento de trabajar con los mismos, en contraste con la poca experiencia que presentan los profesionales de menor edad.

Por todo lo señalado anteriormente se puede decir que las relaciones planteadas en el modelo se cumplen en su mayoría, a excepción de las variables de liberalismo sexual y percepción de riesgo al contagio, que no parecen tener una influencia directa en las actitudes hacia las PVVS. De esta manera los resultados obtenidos en la presente investigación suponen un aporte al bagaje teórico en relación al VIH/SIDA, ya que muestran la evolución de los profesionales salud en la aproximación hacia las PVVS, los cuales presentan mayor aceptación e inclusión de estas personas.



## VII. CONCLUSIONES

A diferencia de los estudios anteriores realizados en el área, la presente investigación demuestra que las actitudes que presentan actualmente los profesionales de salud en relación a las PVVS, son actitudes favorables relacionadas con la defensa de los derechos humanos, benevolencia y de aceptación de las PVVS. De esta manera se hace evidente un respaldo por parte de este sector de la sociedad que le otorga gran importancia al establecimiento de derechos de equidad, dignidad, y servicios asistenciales a las PVVS, defendiendo así la inclusión de estas personas que a pesar de ser portadores de una enfermedad son de igual forma individuos y ciudadanos con igualdad de derechos y deberes.

De forma más específica se halló que las actitudes de defensa de los derechos humanos y benevolencia hacia las PVVS, se encuentran relacionadas con las creencias que se tienen acerca de la prevención, síntomas y sesgos hacia el VIH/SIDA y con las creencias relacionadas con las formas de transmisión del virus. De esta manera creencias acertadas en relación a éstas dos áreas se vinculan con actitudes de defensa y consideración hacia las PVVS.

Por su parte, las actitudes de aceptación hacia este colectivo se encuentran relacionadas con las creencias hacia la prevención, síntomas y sesgos y con la homofobia, de esta manera, aquellos profesionales que presentan menor homofobia y que poseen creencias acertadas en cuanto a la prevención, síntomas y sesgos hacia las PVVS poseen a su vez actitudes de aceptación e inclusión hacia las PVVS.

Adicionalmente se encontró que estos profesionales tienden a presentar niveles moderados de actitud homofóbica, por lo cual presentan de manera irracional un temor y rechazo hacia las personas homosexuales, percibiéndolos como personas inferiores, contrarias o anormales, así conciben a este colectivo como personas peligrosas que poseen valores extraños y que van en contra de lo esperado socialmente. Adicionalmente se halló que los hombres tienden a ser más homofóbicos en comparación con las mujeres.

En relación a la apertura que presentan los médicos y enfermeras hacia la manera en que cada individuo experimenta y vive la sexualidad se encontró el predominio de un pensamiento que se inclina hacia el tradicionalismo y conservadurismo. De manera más específica se halló que los hombres presentan mayor flexibilidad en la aceptación de las libertades en el área de la sexualidad en contraste con las mujeres, que se caracterizan por ser más rígidas y poco abiertas en este aspecto.

En lo referente a las creencias hacia el VIH/SIDA se obtuvo que los profesionales de la salud tienen creencias acertadas tanto para la prevención síntomas y sesgos como para las formas de transmisión del virus. Se observó que el nivel de acierto en relación a las creencias, varía en función del cargo profesional; de manera que las enfermeras presentan creencias menos acertadas en relación a los médicos.

Asimismo la variable de percepción de riesgo a la infección no resultó ser importante en el modelo planteado para predecir la actitud de los profesionales de la salud hacia las PVVS.

Este estudio es relevante debido a que aporta conocimiento nuevo a las investigaciones en el área de la psicología de la salud, ya que sugiere un cambio en la línea de investigación previa, observándose así mayor apertura hacia las PVVS y la enfermedad del VIH/SIDA, de esta manera poco a poco se está dejando atrás la discriminación, y estigma hacia este colectivo, para aproximarse hacia la inclusión, empatía y aceptación hacia los mismos.

## **VIII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

Dentro de las limitaciones metodológicas que se encontraron en la presente investigación se puede destacar el tamaño muestral, ya que debido a la poca accesibilidad de este grupo de profesionales, obtener un mayor número de sujetos para la muestra se dificultó en gran medida. De esta manera se recomienda para futuras investigaciones el incremento en el número de enfermeras y médicos, así como una cantidad igualitaria de sujetos entre ambos grupos, y una muestra más proporcional en relación a los hospitales.

Tomando en cuenta que no se encontró influencia de la variable percepción de riesgo a la infección sobre las otras variables del modelo, se recomienda realizar una revisión de esta escala, con vistas a incluir más ítems que permitan evaluar de forma más exhaustiva la percepción de este grupo de profesionales y así poder establecer si esta ejerce una influencia.

Adicionalmente se recomienda para futuras investigaciones la inclusión de instrumentos que permitan medir los conocimientos de estos profesionales en relación a los aspectos teóricos y prácticos asistenciales de las PVVS, ya que esto y la realidad de las políticas institucionales parecen influenciar en cierta medida la actitud que los profesionales de la salud presentan hacia estas personas. Esto relacionándolo además con la diferencia de cargos entre médicos y enfermeras.

Otras de las variables que se recomienda considerar es la posible exposición que tienen estos profesionales a las campañas que fomentan el respeto y la inclusión social de las PVVS, así como la pertenencia o no a instituciones o programas dedicados a estos fines. Así mismo plantear la influencia de la religión en relación a los pensamientos tradicionalistas y conservadores en torno a la sexualidad de los sujetos, y la relación de los roles sexuales en esta influencia.

Finalmente se pudiera realizar la presente investigación con la inclusión de otros profesionales de la salud que también pueden tener contacto con los PVVS, tales como:

odontólogos, bioanalistas, radiólogos, psicólogos entre otros. Así como de la especialidad de los médicos y la antigüedad de los profesionales de la salud.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angelucci, L. (2002). Análisis de ruta: Conceptos básicos. *Analogías del Comportamiento*, 9, 31-59.
- Badahdah, A. (2010). Stigmatization of persons with HIV/AIDS in Saudi Arabia. *Journal of Transcultural Nursing*. 21 (4), 386-392.
- Baron, R., y Byrne, D. (2005). *Psicología Social* (10 ed.). Madrid, España: Prentice Hall.
- Briñol, P., Falces, C., Becerra, A. (2007) Actitudes. En J.F. Morales, M.C. Moya, E. Gabiria, e I. Cuadrado (Eds.), *Psicología Social* (pp. 457-490). Madrid: Mc Graw-Hill.
- Brannon, L., y Feist, J. (2000). *Psicología de la salud* (1 ed.). Madrid, España: Thomson Editores.
- Calvete, E., y Cardeñoso, O. (2001). Creencias, resolución de problemas y correlatos psicológicos. *Psicothema*, 13 (1), 95-100.
- Código Deontológico de la Práctica de la Investigación en Psicología (2002). Aprobado por el Consejo de Escuela de Psicología (UCAB), en su sesión del 23/05/2001.
- Crawford, I., Ribordy, S., Vickers, F., y Humfleet, G. (1991). Stigmatization of AIDS patients by mental health professionals. *Professional psychology: Research and practice*, 22 (5), 357-361.
- De la Espriella, R. (2007). Homofobia y Psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXVI (004), 718-735.

- Díaz, M., y Ron, V. (1999). *Homofobia y actitudes hacia las personas con sida: un modelo de análisis de ruta*. Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Duyana, V., Agalarb, F., y Sayekc, I. (2001). Surgeons' attitudes toward HIV/AIDS in Turkey. *AIDS CARE*, 13 (2), 243-250.
- Fair, C., y Ginsburg, B. (2010). HIV-Related stigma, discrimination, and knowledge of legal rights among infected adults. *Journal of HIV/AIDS y social services*, 9 (1), 77-89.
- Fazio, R., y Olson, M. (2003). Attitudes: Foundations, Functions, and Consequences. *The SAGE Handbook of Social Psychology*.
- Federación Mundial De Hemofilia y Organización Mundial de la Salud (1990). *Hemofilia, VIH y SIDA: alternativas en tu vida* (1ed). Bilbao: 1991
- Fliszar, G., y Clopton, J. (1995). Attitudes of psychologists in training toward persons with AIDS. *Professional Psychology: Research and practice*, 26 (3), 274 - 277.
- Galzerano, J., De pena, M., Moreira - Somma, R., Piazza, N., Blengini, M., y Beatriz, F. (1998). Actitudes y prácticas sobre VIH-Sida. Encuesta anónima a médicos y practicantes. *Revista Médica del Uruguay*, 14 (1), 5-21.
- Guerra, V., y Gouveia, V. (2007). Liberalismo/conservadorismo sexual: proposta de uma medida multifactorial. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 20 (001), 43-53.
- Hereck, G., Capitano, J., y Widaman, K. (2002). HIV-Related stigma and knowledge in the United States: Prevalence and trends. *American Journal of Public Health*, 92 (3), 371-377.

- Hergovich, A., Ratky, E., y Stollreiter, M. (2003). Attitudes toward HIV-positives in dependence on their sexual orientation. *Swiss Journal of psychology*, 62 (1), 37-44.
- Hernandez, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. (3° ed.). Mc Graw-Hill
- Infante, C., Zarco, A., Cuadra, S., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M., et al. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: El caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud pública de México*, 48 (2), 141-150.
- Kelly, J., Lawrence, J., Smith, S., Hood, H., y Cook, D. (1987). Stigmatization of AIDS Patients by Physicians. 77 (7), 789-791.
- Kerlinger, F., y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*. (4° ed.). México: McGraw Hill.
- Klimes, I., Catalan, J., Bond, A., y Day, A. (1989). Knowledge and attitudes of health care staff about HIV infection in a health district with low HIV prevalence. *AIDS CARE*, 1 (3), 313-317.
- Magnusson, D. (2001). *Teoría de los tests*. (2° ed.). México: Trillas.
- Mannetti, L., y Pierro, A. (1991). Health Care worker's reactions to AIDS victims: Perception of risk and attribution of responsibility. *Journal of community & applied social psychology*, 1, 133-142.
- McDavid, J., y Harari, H. (1969). *Psicología y conducta social* (1 ed.). México D.F: LIMUSA.
- Merino-Godoy, A. (2004). Actitudes y conocimientos de profesionales de enfermería sobre el paciente VIH+/SIDA. *Nure investigación*, 3 (6), 1-6.

- Molero, F. (2007) Prejuicio y estigma: efectos y posibles soluciones. En J.F. Morales, M.C. Moya, E. Gabiria, e I. Cuadrado (Eds.), *Psicología Social* (pp. 619-640). Madrid: Mc Graw-Hill.
- Morales, J. (1999) Actitudes. En: J.F, Morales, C Huici (Eds.), *Psicología social*(pp.131-144). Madrid: Mc Graw Hill.
- Moreno, A. (2007). Temas de formación sociopolítica: La familia popular venezolana (3era ed.) Caracas: Publicaciones UCAB.
- Muchinsky, P. (2007). *Psicología aplicada al trabajo* (8va ed.). México: Thompson learning.
- Organización Mundial de Salud (2005). Interim who clinical staging of HIV/AIDS and HIV/AIDS case definitions for surveillance. Recuperado en Noviembre, 21, 2010 de <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/clinical/staging.pdf>
- Peruga, A., y Celentano, D. (1993). Correlates of AIDS knowledge in samples of the general population. *Social Science Medical*, 36 (4), 509-524.
- Plant, M., y Foster, J. (1993). AIDS-related experience, knowledge, attitudes and beliefs amongst nurses in an area with a high rate of HIV infection. *Journal of advanced Nursing*, 18, 80-88.
- Prieto, S. (1999). Actitudes del profesional de la salud hacia los pacientes con SIDA. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de los Andes*, 5 (1-4), 39-43.
- ONUSIDA (2006). Información Básica sobre el VIH/SIDA. Recuperado en Abril 12, 2010, de <http://www.onusida.org.co/CARTILLA%20VIH%20SIDA.pdf>



ONUSIDA (2010). UNAIDS report on the global AIDS epidemic. Recuperado en Noviembre 21, 2010 de

[http://www.unaids.org/GlobalReport/Global\\_Report\\_es.htm](http://www.unaids.org/GlobalReport/Global_Report_es.htm)

Real Academia Española. (2011). *Diccionario de la lengua española: Real Academia Española*. Recuperado de [www.rae.es](http://www.rae.es).

Reece, M., Tanner, A., Karpiak, S., y Coffey, K. (2007). The impact of HIV-Related stigma and prevention providers. *Journal of HIV/AIDS y social services*, 6 (3), 55-73.

Reis, C., Heisler, M., Lynn, L., Amowitz, R., Moreland, S., & Lacopino, J. (2005). Discriminatory Attitudes and practices by Health workers toward patients with HIV/AIDS in Nigeria. *Journal PLoS Medicine*, 2 (8), 743-752.

Rodríguez, A. (1981). *Psicología Social* (2 ed.). México, D.F.: Trillas.

Rohrmann, B., y Renn, O. (2000). *Cross-cultural risk perception: A survey of empirical studies* (1 ed.). Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

Ruiz-Torres, Y., Cintrón-Bou, F., y Varas-Díaz, N. (2007). AIDS-Related stigma and health professionals in Puerto Rico. *Interamerican Journal of Psychology*, 41 (1), 49-56.

Salazar, J., Montero, M., Muñoz, C., Sánchez, E., Santoro, E., y Villegas, J. (1980). *Psicología social* (2 ed.). México D.F: Editorial Trillas.

Shamos, S., Hartwig, K., y Zindela, N. (2009). Men's and Women's Experiences with HIV and Stigma in Swaziland. *Qual Health Research*, 19 (12), 1678-1689.

- Steele, A., y Melby, V. (1995). Nurses' knowledge and beliefs about AIDS: Comparing nurses in hospital, community and hospice settings. *Journal of advanced nursing*, 22, 879-887
- Suarez, R., y Vollmer, C. (1989) *SIDA: Orígenes, causas y consecuencias* (1ed). Venezuela: Litho-mundo.
- Trull, J., y Phares, J. (2003). *Psicología Clínica: Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión* (5 ed.). México: Thomson Editores.
- Ubillos, S., Mayordomo, S., y Perez, D. (2004). Actitudes: definición y medición. Componentes de la actitud. Modelo de la acción razonada y acción planificada. En D. Paez, I. Fernandez, S. Ubillos, E. Zubieta (Eds), *Psicología Social, cultura y educación*. (pp.301-326) Madrid: Prentice Hall.
- Varas-Díaz, N., Serrano-Garcia, I., y Toro-Alfonso, J. (2005). AIDS-Related Stigma and Social and Social Interacion: Puerto Ricans Linving With HIV/AIDS. *Quallitative Health Research* , 15 (2), 169-187.
- Webber, G. (2007). Chinese health care providers' attitudes about HIV: a review. *AIDS Care* , 19 (5), 685-691.
- White, R., y Carr, R. (2005). Homosexuality and HIV/AIDS stigma in Jamaica. *Culture, health & Sexuality*, 7 (4), 347-359.
- Worchel, S., Cooper, J., Goethals, G., & y Olson, J. (2002). *Psicología Social*. México DF: Thomson Editores.
- Zamora, M. (1997). *Actitud ante el SIDA: Modelo Explicativo de Análisis de Ruta*. Caracas, Venezuela

ANEXO A  
ESCALA DE ACTITUD HACIA LAS PERSONAS CON SIDA  
Cañoto y Frías (1986)

## INSTRUCCIONES

A continuación se le presentan una serie de afirmaciones a las que deberá responder de acuerdo a la categoría de respuesta planteada a continuación:

CA: Completamente de acuerdo.	D: Desacuerdo.
A: Acuerdo.	CD: Completamente desacuerdo.

	CA	A	D	CD
1. Son exageradas las medidas que se toman para evitar el SIDA.				
2. Deben crearse hospitales para asistir exclusivamente enfermos de SIDA.				
3. No se justifica invertir dinero en los enfermos de SIDA pues morirán de todas maneras.				
4. Los enfermos sufren suficiente con tener SIDA como para que además los repudien socialmente.				
5. A los enfermos de SIDA debe dárseles la oportunidad de vivir con dignidad.				
6. Los enfermos de SIDA tienen lo que se merecen.				
7. El SIDA es un enfermedad como cualquier otra.				
8. Hay que evitar a las personas con SIDA para no infectarse.				
9. El SIDA sólo aparece en sociedades decadentes.				
10. Es una vergüenza tener SIDA.				
11. El trato que reciben los enfermos de SIDA es injusto e inhumano.				
12. Hay que alejar a los niños de los enfermos de SIDA.				
13. Los pacientes con SIDA deben ser atendidos por médicos y enfermeras como a cualquier otro enfermo.				
14. Si una persona tiene SIDA es preferible que muera.				
15. Las personas con SIDA no deberían frecuentar balnearios públicos.				
16. Se justifica que los enfermos con SIDA sean despedidos de las instituciones a las que pertenecen.				
17. Deben crearse instituciones que ofrezcan bienestar social psicológico a los enfermos con SIDA.				
18. Todos los que tienen SIDA son personas promiscuas.				
19. La Constitución Nacional debe garantizar el tratamiento de los enfermos.				

**ANEXO B**  
**ESCALA DEFINITIVA DE ACTITUD HACIA LAS PERSONAS**  
**CON SIDA**

A continuación se le presentan una serie de planteamientos a los cuales deberá responder, los mismos tienen el objetivo de evaluar su percepción acerca de las personas que viven con VIH/SIDA. Recuerde que la información suministrada será tratada de forma confidencial y su uso será únicamente para fines académicos. Responda de la forma más honesta posible, tomando en cuenta que no existen respuestas correctas o incorrectas.

Marque con una equis (X) la respuesta que mejor se ajuste en cada caso a las afirmaciones expuestas a continuación:

	Completamente de acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Completamente en desacuerdo
1. Son exageradas las medidas que se toman para evitar el VIH/SIDA.				
2. Deben crearse hospitales para asistir exclusivamente a las personas que viven con VIH/SIDA.				
3. No se justifica invertir dinero en las personas que viven con VIH/SIDA pues morirán de todas maneras.				
4. Las personas sufren suficiente con tener VIH/SIDA como para que además los repudien socialmente.				
5. A las personas que viven con VIH/SIDA debe dárseles la oportunidad de vivir con dignidad.				
6. Las personas que viven con VIH/SIDA tienen lo que se merecen.				
7. Hay que evitar a las personas que viven con VIH/SIDA para no infectarse.				
8. El VIH/SIDA sólo aparece en sociedades decadentes.				
9. Las personas sienten vergüenza al tener VIH/SIDA.				
10. El trato que reciben las personas que viven con VIH/SIDA es injusto e inhumano.				
11. Hay que alejar a los niños de las personas que viven con VIH/SIDA.				
12. Las personas que viven con VIH/SIDA deben ser atendidos por médicos y enfermeras como a cualquier otro enfermo.				
13. Si una persona tiene VIH/SIDA es preferible que muera.				
14. Las personas con VIH/SIDA no deberían frecuentar balnearios públicos.				
15. Se justifica que las personas que viven con VIH/SIDA sean despedidos de las instituciones a las que pertenecen.				
16. Deben crearse instituciones que ofrezcan bienestar social psicológico a las personas que viven con VIH/SIDA.				
17. Todas las personas que viven con VIH/SIDA son personas promiscuas.				
18. La Constitución Nacional debe garantizar el tratamiento de las personas que viven con VIH/SIDA.				

## ANEXO C

### ESCALA DE HOMOFOBIA

Sherod y Nardi (1998). Traducida y adaptada por Díaz y Ron (1999)

Marque con una equis (X) la respuesta que mejor se ajuste en cada caso a las afirmaciones expuestas a continuación:

	Completamente de acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Completamente en desacuerdo
1. El sexo sin amor no es satisfactorio.				
2. Una relación que dure sólo una noche puede ser muy excitante.				
3. Es excitante tener sexo con diferentes personas durante la vida.				
4. Para mí es importante amar a una persona para poder disfrutar del sexo con ella.				
5. Para tener una buena relación sexual dos personas deberían conocerse bien la una a la otra.				
6. Tendría relaciones sexuales con una persona en la primera cita.				



## ANEXO D

### ESCALA DE LIBERALISMO SEXUAL

Neff y Burge (1995). Traducida y adaptada por Díaz y Ron (1999)

Marque con una equis (X) la respuesta que mejor se ajuste en cada caso a las afirmaciones expuestas a continuación:

	No	Probablemente no	Probablemente si	Si
1. ¿Usted piensa que a los homosexuales se les debería permitir adoptar niños?				
2. ¿Usted piensa que debería reconocerse oficialmente el matrimonio entre homosexuales?				
3. ¿Le molestaría a usted que una pareja de homosexuales se mudara al apartamento o a la casa vecina a la suya?				
4. ¿Le molestaría si el maestro (a) de su hijo (a) es homosexual?				
5. ¿Usted piensa que los patronos deberían estar en libertad de negarse a contratar a una persona debido a su orientación sexual?				
6. ¿Usted piensa que ser homosexual es un estilo de vida aceptable como cualquier otro?				
7. ¿A usted le molestaría de alguna manera si tuviera que trabajar cerca de una persona que fuera homosexual?				
8. ¿Le molestaría que un familiar cercano fuera homosexual?				
9. ¿Usted piensa que la orientación sexual de una persona debería ser un derecho civil protegido por el gobierno tal como la raza, la religión o el género?				

ANEXO E  
ESCALA DE PERCEPCIÓN DEL RIESGO A LA INFECCIÓN AL  
VIH/SID

Marque con una equis (X) la respuesta que mejor se ajuste en cada caso a las afirmaciones expuestas a continuación:

	Ninguno	Muy bajo	Bajo	Alto	Muy alto
En las condiciones actuales, la probabilidad de que usted se infecte de VIH en su trabajo como médico o enfermera (o) es:					
En su trabajo como médico o enfermera (o) la probabilidad de que se infecte de VIH por causa de un accidente con material quirúrgico es:					
En sus condiciones de trabajo actual la probabilidad de que usted se infecte de VIH por tratar a pacientes con VIH/SIDA es:					

**ANEXO F**  
**COMPONENTE COGNOSCITIVO DE LA ESCALA DE**  
**ACTITUD ANTE EL SIDA**

Alfaro, Díaz y Rivero (1991)

## INSTRUCCIONES

A continuación se le presentan una serie de afirmaciones a las que deberá responder de acuerdo a la categoría de respuesta planteada a continuación:

CA: Completamente de acuerdo.	D: Desacuerdo.
A: Acuerdo.	CD: Completamente desacuerdo.

1. Conservar una buena condición física es la mejor manera para prevenir el SIDA.				
2. Una persona debe tener muchos compañeros sexuales diferentes para estar en riesgo de contraer el virus del SIDA.				
3. No se ha comprobado la transmisión del virus del SIDA de mujeres a hombres.				
4. El ducharse luego de la relación sexual reduce el riesgo de transmisión del virus del SIDA.				
5. La mayoría de la gente que se ha contagiado con el virus del SIDA, rápidamente presentan síntomas serios de la enfermedad.				
6. El sexo oral es seguro sí las personas no tragan.				
7. La mayoría de la gente que contagia el virus del SIDA tienen una apariencia poco sana.				
8. Las personas que tienen el virus del SIDA generalmente se sienten muy enfermas.				
9. El retiro inmediatamente antes del orgasmo, hace la relación sexual segura.				
10. Las personas que son exclusivamente heterosexuales no están en riesgo de contraer el virus del SIDA.				
11. Los usuarios de drogas intravenosas se exponen al virus del SIDA ya que el virus está frecuentemente contenido en la heroína, anfetaminas y drogas inyectables.				
12. Una dieta alimenticia enriquecida y adecuadas horas de sueño, impiden que una persona sea expuesta al virus del SIDA.				
13. Es más importante tomar precauciones en contra del SIDA en ciudades grandes que en ciudades pequeñas.				
14. Sólo el coito anal receptivo (pasivo) conlleva a la transmisión del SIDA.				
15. La mayoría de los casos actuales de SIDA se deben a transfusiones sanguíneas llevadas a cabo antes de 1984.				
16. La mayoría de las personas portadoras del virus de SIDA saben que están infectadas.				

## ANEXO G

### ESCALA DE CREENCIAS HACIA LA ENFERMEDAD DE SIDA

Marque con una equis (X) la respuesta que mejor se ajuste en cada caso a las afirmaciones expuestas a continuación:

	Completamente de acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Completamente en desacuerdo
1. Conservar una buena condición física es la mejor manera para prevenir el VIH/SIDA.				
2. Las personas que tienen muchos compañeros sexuales diferentes tienen riesgo de contraer el VIH/SIDA.				
3. Se ha comprobado la transmisión del VIH/SIDA de mujeres a hombres.				
4. El ducharse luego de la relación sexual reduce el riesgo de transmisión del VIH/SIDA.				
5. La mayoría de la gente que se ha contagiado con el VIH/SIDA, rápidamente presenta síntomas serios de la enfermedad.				
6. El sexo oral es seguro sí las personas no tragan el semen				
7. La mayoría de la gente que contagia a otros el VIH/SIDA tienen una apariencia poco sana.				
8. Las personas que tienen el VIH/SIDA generalmente se sienten muy enfermas.				
9. En el acto sexual el retiro del pene inmediatamente antes de la eyaculación previene el contagio del VIH/SIDA				
10. Las personas que son exclusivamente heterosexuales NO están en riesgo de contraer el VIH/SIDA.				
11. Los usuarios de drogas intravenosas se exponen al VIH/SIDA, ya que el virus está asociado al medio de transmisión (inyección) de la heroína, anfetaminas y otras drogas inyectables.				
12. Adecuadas horas de sueño previenen el contagio de VIH/SIDA.				
13. Una dieta alimentaria enriquecida previenen el contagio de VIH/SIDA.				
14. Es más importante tomar medidas de protección en contra del VIH/SIDA en ciudades grandes que en ciudades pequeñas.				
15. Sólo el coito anal receptivo (pasivo) conlleva a la trasmisión del VIH/SIDA.				
16. La mayoría de los casos actuales de VIH/SIDA se deben a transfusiones sanguíneas.				
17. La mayoría de las personas portadoras del VIH/SIDA saben que están infectadas.				
18. La madre puede transmitir el VIH/SIDA al niño durante el parto.				
19. El VIH/SIDA puede ser transmitido por medio de la lactancia materna.				



ANEXO H  
TIPO DE CONTACTO Y DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Marque con una equis (X) la respuesta que mejor se ajuste en cada caso a las afirmaciones expuestas a continuación:

	Si	No
¿Ha establecido usted una relación de tipo profesional con las personas que viven con VIH/SIDA?		
¿Ha establecido usted una relación de tipo personal con las personas que viven con VIH/SIDA?		

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino\_\_\_ Femenino\_\_\_

Cargo profesional: Médico \_\_\_\_\_ Enfermero (a) \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_

ANEXO I.  
CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE ACTITUD HACIA LAS  
PVVS

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,798	18

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1. Son exageradas las medidas que se toman para evitar el VIH/SIDA.	56,6216	42,378	,164	,807
2. Deben crearse hospitales para asistir exclusivamente a las personas que viven con VIH/SIDA.	57,3459	39,999	,370	,790
3. No se justifica invertir dinero en las personas que viven con VIH/SIDA pues morirán de todas maneras.	56,1027	41,006	,496	,783
4. Las personas sufren suficiente con tener VIH/SIDA como para que además los repudien socialmente.	56,3946	40,392	,357	,791
5. A las personas que viven con VIH/SIDA debe dárseles la oportunidad de vivir con dignidad.	56,0108	41,772	,492	,785
6. Las personas que viven con VIH/SIDA tienen lo que se merecen.	56,1459	41,147	,491	,784
7. Hay que evitar a las personas que viven con VIH/SIDA para no infectarse.	56,3297	40,864	,343	,792
8. El VIH/SIDA sólo aparece en sociedades decadentes.	56,0757	42,505	,295	,794
9. Las personas sienten vergüenza al tener VIH/SIDA.	56,6324	42,386	,256	,796

10. El trato que reciben las personas que viven con VIH/SIDA es injusto e inhumano.	56,7838	43,410	,107	,808
11. Hay que alejar a los niños de las personas que viven con VIH/SIDA.	56,5568	40,346	,416	,786
12. Las personas que viven con VIH/SIDA deben ser atendidos por médicos y enfermeras como a cualquier otro enfermo.	56,4378	37,530	,580	,773
13. Si una persona tiene VIH/SIDA es preferible que muera.	56,0054	41,331	,548	,783
14. Las personas con VIH/SIDA no deberían frecuentar balnearios públicos.	56,5459	39,869	,388	,789
15. Se justifica que las personas que viven con VIH/SIDA sean despedidos de las instituciones a las que pertenecen.	56,0378	41,091	,504	,783
16. Deben crearse instituciones que ofrezcan bienestar social psicológico a las personas que viven con VIH/SIDA.	56,1135	41,242	,444	,786
17. Todas las personas que viven con VIH/SIDA son personas promiscuas.	56,2270	41,524	,422	,787
18. La Constitución Nacional debe garantizar el tratamiento de las personas que viven con VIH/SIDA.	56,1189	40,094	,496	,782

**ANEXO J.**  
**CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE HOMOFOBIA**

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,803	9

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1. ¿Usted piensa qué a los homosexuales se les debería permitir adoptar niños?	16,1389	28,511	,426	,792
2. ¿Usted piensa que debería reconocerse oficialmente el matrimonio entre homosexuales?	16,5000	26,753	,526	,779
3. ¿Le molestaría a usted que una pareja de homosexuales se mudara al apartamento o a la casa vecina a la suya?	17,6019	27,004	,578	,773
4. ¿Le molestaría si el maestro (a) de su hijo (a) es homosexual?	17,1019	24,817	,641	,762
5. ¿Usted piensa que los patronos deberían estar en libertad de negarse a contratar a una persona debido a su orientación sexual?	17,8380	28,909	,436	,791
6. ¿Usted piensa qué ser homosexual es un estilo de vida aceptable como cualquier otro?	17,1667	26,102	,565	,774
7. ¿A usted le molestaría de alguna manera si tuviera que trabajar cerca de una persona que fuera homosexual?	18,0046	29,316	,506	,785
8. ¿Le molestaría que un familiar cercano fuera homosexual?	17,6204	27,260	,518	,780
9. ¿Usted piensa que la orientación sexual de una persona debería ser un derecho civil protegido por el gobierno tal como la raza, la religión o el género?	17,5093	29,302	,293	,811

ANEXO K.  
CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE PERCEPCIÓN DE  
RIESGO A LA INFECCIÓN CON VIH/SIDA



**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,855	3

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
En las condiciones actuales, la probabilidad de que usted se infecte de VIH en su trabajo como médico o enfermera (o) es:	4,8850	4,280	,730	,796
En su trabajo como médico o enfermero (a) la probabilidad de que se infecte de VIH por causa de un accidente con material quirúrgico es	4,8142	4,383	,742	,786
En sus condiciones de trabajo actual la probabilidad de que usted se infecte de VIH por tratar a un paciente con VIH/SIDA es	5,3097	4,188	,714	,812

ANEXO L  
. CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE LIBERALISMO  
SEXUAL

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,784	6

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1. El sexo sin amor no es satisfactorio.	10,0138	10,532	,427	,779
2. Una relación que dure solo una noche puede ser muy excitante.	9,9401	10,371	,524	,753
3. Es excitante tener sexo con diferentes personas durante la vida.	10,5714	10,459	,510	,756
4. Para mí es importante amar a una persona para poder disfrutar del sexo con ella.	10,7097	9,901	,605	,732
5. Para tener una buena relación sexual dos personas deberían conocerse bien la una a la otra.	10,7419	10,285	,575	,741
6. Tendría relaciones sexuales con una persona en la primera cita.	10,7880	10,631	,573	,743

ANEXO M.  
CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE CREENCIAS HACIA LA  
ENFERMEDAD DE SIDA

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,753	19

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1. Conservar una buena condición física es la mejor manera para prevenir el VIH/SIDA	59,7906	34,977	,322	,742
2. Las personas que tienen muchos compañeros sexuales diferentes tienen riesgo de contraer el VIH/SIDA.	59,5550	35,901	,228	,750
3. Se ha comprobado la transmisión del VIH/SIDA de mujeres a hombres.	60,0785	36,546	,073	,771
4. El ducharse luego de la relación sexual reduce el riesgo de transmisión del VIH/SIDA.	59,5497	35,438	,371	,739
5. La mayoría de la gente que se ha contagiado con el VIH/SIDA, rápidamente presenta síntomas serios de la enfermedad.	59,7225	35,686	,289	,745
6. El sexo oral es seguro sí las personas no tragan el semen	59,6545	34,512	,440	,734
7. La mayoría de la gente que contagia a otros el VIH/SIDA tienen una apariencia poco sana.	59,7749	34,596	,418	,735
8. Las personas que tienen el VIH/SIDA generalmente se sienten muy enfermas.	60,0995	35,711	,233	,750

9. En el acto sexual el retiro del pene inmediatamente antes de la eyaculación previene el contagio del VIH/SIDA	59,5026	34,609	,502	,731
10. Las personas que son exclusivamente heterosexuales NO están en riesgo de contraer el VIH/SIDA.	59,6126	33,765	,487	,729
11. Los usuarios de drogas intravenosas se exponen al VIH/SIDA, ya que el virus está asociado al medio de transmisión (inyección) de la heroína, anfetaminas y otras drogas inyectables.	59,5812	35,708	,226	,750
12. Adecuadas horas de sueño previenen el contagio de VIH/SIDA.	59,3665	34,939	,548	,731
13. Una dieta alimentaria enriquecida previenen el contagio de VIH/SIDA.	59,3717	34,835	,563	,730
14. Es más importante tomar medidas de protección en contra del VIH/SIDA en ciudades grandes que en ciudades pequeñas.	59,7068	34,471	,365	,739
15. Sólo el coito anal receptivo (pasivo) conlleva a la transmisión del VIH/SIDA.	59,4974	34,220	,542	,728
16. La mayoría de los casos actuales de VIH/SIDA se deben a transfusiones sanguíneas.	59,7801	34,204	,514	,729
17. La mayoría de las personas portadoras del VIH/SIDA saben que están infectadas.	60,1937	34,778	,335	,741
18. La madre puede transmitir el VIH/SIDA al niño durante el parto.	59,7173	36,562	,169	,754
19. El VIH/SIDA puede ser transmitido por medio de la lactancia materna.	60,1990	37,065	,046	,771

ANEXO N.  
MATRIZ DE CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES

**Correlations**

		ACT1	ACT2	CREENC1	CREENC2	HOMOFGBI	LIBERALI	PERCEPCI	SEXO	EDAD	CARGO	¿Ha establecido usted una relación de tipo personal con las personas que viven con VIH/SIDA?	¿Ha establecido usted una relación de tipo profesional con las personas que viven con VIH/SIDA?	
Pearson Correlation	ACT1	1,000												
	ACT2	,439**	1,000											
	CREENC1	,375**	,462**	1,000										
	CREENC2	,393**	,062	,074	1,000									
	HOMOFGBI	-,215**	-,350**	-,186**	-,037	1,000								
	LIBERALI	-,208**	,022	,049	-,223**	-,105	1,000							
	PERCEPCI	-,027	-,088	-,041	-,028	,068	,111	1,000						
	SEXO	-,034	,024	,073	,024	,186**	,428**	,061	1,000					
	EDAD	,001	-,011	-,070	,030	,053	,038	-,333**	,054	1,000				
	CARGO	,110	,263**	,220**	,028	,076	,172*	,049	,339**	,177**	1,000			
	¿Ha establecido usted una relación de tipo personal con las personas que viven con VIH/SIDA?		,039	,123	-,107	-,014	-,127	,039	,021	,087	,098	,230**	1,000	,176**
	¿Ha establecido usted una relación de tipo profesional con las personas que viven con VIH/SIDA?		,044	-,016	-,049	-,037	-,002	-,019	,029	,004	-,005	,019	,176**	1,000
	Sig. (2-tailed)	ACT1	,	,000	,000	,000	,002	,003	,696	,624	,991	,114	,575	,525
		ACT2	,000	,	,000	,392	,000	,757	,207	,736	,875	,000	,077	,817
CREENC1		,000	,000	,	,310	,010	,494	,559	,304	,325	,002	,133	,490	
CREENC2		,000	,392	,310	,	,600	,001	,684	,728	,669	,693	,843	,598	
HOMOFGBI		,002	,000	,010	,600	,	,132	,319	,006	,445	,265	,063	,976	
LIBERALI		,003	,757	,494	,001	,132	,	,103	,000	,576	,011	,565	,780	
PERCEPCI		,696	,207	,559	,684	,319	,103	,	,358	,000	,464	,757	,665	
SEXO		,624	,736	,304	,728	,006	,000	,358	,	,425	,000	,196	,955	
EDAD		,991	,875	,325	,669	,445	,576	,000	,425	,	,008	,145	,942	
CARGO		,114	,000	,002	,693	,265	,011	,464	,000	,008	,	,001	,775	
¿Ha establecido usted una relación de tipo personal con las personas que viven con VIH/SIDA?			,575	,077	,133	,843	,063	,565	,757	,196	,145	,001	,	,008
¿Ha establecido usted una relación de tipo profesional con las personas que viven con VIH/SIDA?			,525	,817	,490	,598	,976	,780	,665	,955	,942	,775	,008	,
N		ACT1	209	195	193	196	202	203	209	209	208	209	207	208
		ACT2	195	208	189	193	200	199	208	208	207	208	207	207
	CREENC1	193	189	201	191	193	194	201	201	200	201	199	200	
	CREENC2	196	193	191	208	200	200	208	208	206	208	207	207	
	HOMOFGBI	202	200	193	200	216	209	216	216	214	216	214	215	
	LIBERALI	203	199	194	200	209	217	217	217	215	217	215	216	
	PERCEPCI	209	208	201	208	216	217	226	226	224	226	224	225	
	SEXO	209	208	201	208	216	217	226	226	224	226	224	225	
	EDAD	208	207	200	206	214	215	224	224	224	224	222	223	
	CARGO	209	208	201	208	216	217	226	226	224	226	224	225	
	¿Ha establecido usted una relación de tipo personal con las personas que viven con VIH/SIDA?	207	207	199	207	214	215	224	224	222	224	224	224	
	¿Ha establecido usted una relación de tipo profesional con las personas que viven con VIH/SIDA?	208	207	200	207	215	216	225	225	223	225	224	225	

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).



ANEXO O.  
ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE: ACTITUD DE  
DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS Y  
BENEVOLENCIA HACIA LAS PVVS

### Model Summary<sup>b</sup>

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,544 <sup>a</sup>	,296	,252	3,2312	1,618

a. Predictors: (Constant), CARGO, CREENC2, PERCEPCI, ¿Ha establecido usted una relación de tipo profesional con las personas que viven con VIH/SIDA?, HOMOFOBI, ¿Ha establecido usted una relación de tipo personal con las personas que viven con VIH/SIDA?, LIBERALI, CREENC1, EDAD, SEXO

b. Dependent Variable: ACT1

### ANOVA<sup>b</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	703,834	10	70,383	6,741	,000 <sup>a</sup>
	Residual	1670,493	160	10,441		
	Total	2374,327	170			

a. Predictors: (Constant), CARGO, CREENC2, PERCEPCI, ¿Ha establecido usted una relación de tipo profesional con las personas que viven con VIH/SIDA?, HOMOFOBI, ¿Ha establecido usted una relación de tipo personal con las personas que viven con VIH/SIDA?, LIBERALI, CREENC1, EDAD, SEXO

b. Dependent Variable: ACT1

ANEXO P.  
ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE: ACTITUD DE  
ACEPTACIÓN HACIA LAS PVVS

### Model Summary<sup>b</sup>

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,574 <sup>a</sup>	,329	,287	3,0110	1,933

a. Predictors: (Constant), CARGO, PERCEPCI, ¿Ha establecido usted una relación de tipo profesional con las personas que viven con VIH/SIDA?, CREENC2, HOMOFOBI, ¿Ha establecido usted una relación de tipo personal con las personas que viven con VIH/SIDA?, CREENC1, LIBERALI, EDAD, SEXO

b. Dependent Variable: ACT2

### ANOVA<sup>b</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	699,218	10	69,922	7,713	,000 <sup>a</sup>
	Residual	1423,353	157	9,066		
	Total	2122,571	167			

a. Predictors: (Constant), CARGO, PERCEPCI, ¿Ha establecido usted una relación de tipo profesional con las personas que viven con VIH/SIDA?, CREENC2, HOMOFOBI, ¿Ha establecido usted una relación de tipo personal con las personas que viven con VIH/SIDA?, CREENC1, LIBERALI, EDAD, SEXO

b. Dependent Variable: ACT2

## ANEXO Q

### . ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE: HOMOFOBIA

### Model Summary<sup>b</sup>

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,287 <sup>a</sup>	,082	,069	5,6610	1,988

a. Predictors: (Constant), LIBERALI, EDAD, SEXO

b. Dependent Variable: HOMOFOBI

### ANOVA<sup>b</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	583,981	3	194,660	6,074	,001 <sup>a</sup>
	Residual	6505,536	203	32,047		
	Total	7089,517	206			

a. Predictors: (Constant), LIBERALI, EDAD, SEXO

b. Dependent Variable: HOMOFOBI

ANEXO R.  
ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE: PERCEPCIÓN DE  
RIESGO A LA INFECCIÓN CON VIH/SIDA

### Model Summary<sup>b</sup>

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,354 <sup>a</sup>	,125	,113	2,8255	1,979

a. Predictors: (Constant), CARGO, EDAD, SEXO

b. Dependent Variable: PERCEPCI

### ANOVA<sup>b</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	251,534	3	83,845	10,503	,000 <sup>a</sup>
	Residual	1756,305	220	7,983		
	Total	2007,839	223			

a. Predictors: (Constant), CARGO, EDAD, SEXO

b. Dependent Variable: PERCEPCI



ANEXO S.  
ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE: LIBERALISMO  
SEXUAL

### Model Summary<sup>b</sup>

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,426 <sup>a</sup>	,181	,174	3,4294	1,804

a. Predictors: (Constant), EDAD, SEXO

b. Dependent Variable: LIBERALI

### ANOVA<sup>b</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	552,823	2	276,412	23,502	,000 <sup>a</sup>
	Residual	2493,335	212	11,761		
	Total	3046,158	214			

a. Predictors: (Constant), EDAD, SEXO

b. Dependent Variable: LIBERALI

ANEXO T.  
ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE: CREENCIAS DE  
PREVENCIÓN, SÍNTOMAS Y SESGOS

### Model Summary<sup>b</sup>

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,239 <sup>a</sup>	,057	,042	5,3170	1,717

a. Predictors: (Constant), CARGO, EDAD, SEXO

b. Dependent Variable: CREENC1

### ANOVA<sup>b</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	334,281	3	111,427	3,942	,009 <sup>a</sup>
	Residual	5540,914	196	28,270		
	Total	5875,195	199			

a. Predictors: (Constant), CARGO, EDAD, SEXO

b. Dependent Variable: CREENC1

ANEXO U.  
ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE: CREENCIAS DE  
TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA.

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,040 <sup>a</sup>	,002	-,013	2,6418	1,598

a. Predictors: (Constant), CARGO, EDAD, SEXO

b. Dependent Variable: CREENC2

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2,222	3	,741	,106	,956 <sup>a</sup>
	Residual	1409,759	202	6,979		
	Total	1411,981	205			

a. Predictors: (Constant), CARGO, EDAD, SEXO

b. Dependent Variable: CREENC2