

01966



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA  
DIVISION DE ESTUDIOS  
DE POSGRADO

## EL SIDA COMO UNA ENFERMEDAD ESTIGMATIZADORA: CREENCIAS Y PREJUICIOS

T E S I S

Para optar por el Grado de  
MAESTRO EN PSICOLOGIA SOCIAL

Que Presenta:

LICENCIADO ARMANDO RUIZ BADILLO

Director: Dra. Isabel Reyes Lagunes

Comité de Tesis: Dr. Rolando Díaz Loving

Mtra. Olga Bustos Romero

Mtra. Gabina Villagrán Vázquez

Dra. Luisa Rossi Hernández

*hichiz*



México, D. F.

2000



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



A Lulú:

Todo lo que soy,  
es gracias a tu amor

Te amo.

**A mi mamá Esther ☺, donde quiera que  
estés**

**A mi hermana Eva, gracias por tu apoyo**

**A la Dra. Isabel,  
Gracias, por compartir sus conocimientos y  
brindarme su guía personal**

# Indice

	Pág.
<b>1. Resumen</b> .....	vii
<b>1. Introducción</b> .....	viii
<b>2. Marco Teórico</b>	
2.1.1. Estigma como fenómeno social .....	11
2.1.2. La psicología ingenua y la disonancia cognoscitiva .....	14
2.1.3. Actitudes .....	15
2.1.4. Teoría de la acción razonada .....	16
2.1.5. Creencias .....	18
2.1.6. Prejuicio social .....	24
2.1.7. Estigma, como producto de las creencias y prejuicios .....	28
2.2.1. SIDA como una enfermedad estigmatizadora .....	29
2.2.2. Representación colectiva del SIDA .....	33
2.2.3. El mundo justo y la profecía que se autocumple como forma de estigmatización del SIDA .....	36
2.2.4. Temas y factores hacia la comprensión del proceso de estigmatización del SIDA .....	37
<b>3. Método</b>	
3.1. Planteamiento del problema .....	44
3.2. Preguntas de Investigación .....	45
3.3. Objetivos .....	45
3.3.1. Objetivo general .....	45
3.3.1. Objetivos particulares .....	45
3.4. Variables de estudio y definiciones operacionales .....	46
3.4.1. De clasificación de los sujetos .....	46
3.4.2. De interés conceptual del estudio .....	47
3.5. Tipo de estudio .....	48
3.6. Lugar de estudio .....	48
3.7. Sujetos .....	49
3.8. Criterios de inclusión – exclusión .....	50
3.9. Tipo de muestreo y muestra .....	50
3.10. Instrumento .....	52

	Pág.
3.11. Procedimiento .....	53
3.12. Tratamiento estadístico .....	53
<b>4. Resultados</b>	
<b>4.1. Fase 1</b>	
4.1.1. Redes semánticas de los conceptos cáncer, diabetes y SIDA .....	54
4.1.2. Objetivo específico .....	54
4.1.3. Sujetos .....	55
4.1.4. Procedimiento .....	55
4.1.5. Resultados de las redes semánticas .....	55
<b>4.2. Fase II</b>	
4.2.1. Construcción y validación de las escalas de creencias y prejuicios hacia el SIDA .....	63
4.2.2. Objetivo particular .....	63
4.2.3. Sujetos .....	64
4.2.4. Procedimiento .....	64
<b>4.3 Fase III</b>	
4.3.1. Análisis de la aplicación del instrumento de creencias y prejuicios hacia el SIDA .....	69
4.3.2. Objetivos específicos .....	69
4.3.3. Sujetos .....	70
4.3.4. Análisis factorial de la escala de creencias .....	70
4.3.5. Análisis factorial de la escala de prejuicios hacia el SIDA .....	72
4.3.6. Correlaciones entre los factores de cada escala .....	74
4.3.7. Comparación de las escalas por variables de estudio .....	74
4.3.8. Creencias hacia el SIDA .....	76
4.3.9. Prejuicios hacia el SIDA .....	81
4.3.10. Análisis factorial por cada muestra del estudio .....	86
4.3.11. Población general .....	86
4.3.12. Personal de salud .....	91
4.3.13. Estudiantes universitarios .....	95
4.3.14. Análisis de las respuestas por reactivo en cada muestra .....	100

	Pág.
<b>5. Conclusiones .....</b>	<b>106</b>
<b>6. Referencias .....</b>	<b>116</b>
<b>Apéndice 1. Reactivos agrupados por áreas en el plan de prueba .....</b>	<b>120</b>
<b>Apéndice 2. Instrumento final .....</b>	<b>124</b>

## **Resumen**

Desde su aparición, se ha considerado al SIDA como una enfermedad estigmatizante, aunque este fenómeno es bastante evidente, poco se ha estudiado desde la perspectiva psicosocial sobre todo en la población mexicana y mucho menos se ha obtenido alguna forma de medirlo.

La presente investigación tiene como objetivo analizar y describir como se da la estigmatización hacia individuos infectados por VIH/SIDA, por medio de las creencias y prejuicios que presentan tres grupos de población; población general, personal de salud y estudiantes universitarios.

Con el procedimiento de redes semánticas y el análisis del material teórico al respecto, se diseñó un instrumento con dos escalas; una de creencias y otra de prejuicios sobre el SIDA, la cual se aplicó a 454 sujetos seleccionados de manera accidental para conformar tres muestras.

Se realizaron análisis factoriales, encontrando cuatro dimensiones en cada escala. Se pudo observar una estrecha correlación entre las escalas de creencias y prejuicios hacia el SIDA, las cuales se incrementan en algunos factores, principalmente entre aquellos referentes a creencias religiosas, morales, de negación y prejuicio hacia las personas con VIH.

Al realizar diversas comparaciones entre los sujetos estudiados, se encontró que la edad, la escolaridad, el grupo en el que fueron clasificados, y el hacer conocido a alguien con VIH/SIDA, muestran diferencias estadísticamente significativas en ambas escalas y por lo tanto influyen en el grado de creencias negativas y prejuicio que puedan tener.

Los resultados obtenidos muestran que las inquietudes, expectativas e intereses de las personas sobre el SIDA, dependen del grupo al que pertenecen por lo que es fundamental tomar estas diferencias para establecer programas específicos. La aceptación de una diversidad sexual, erradicar mitos y creencias, rechazar valores ortodoxos, es la forma para evitar la estigmatización del SIDA y promover una nueva cultura de educación sexual y de salud.

## **1. Introducción**

Sobre SIDA como problemática social se han derivado múltiples investigaciones, una línea de trabajo desarrollada es hacia la información al público en general, comportamiento y modificación de patrones de conducta sexual como medidas de prevención. El trabajo con personas infectadas por VIH ha sido en mayor cantidad orientado a características epidemiológicas y de salud.

Sin embargo los programas de información y medidas de prevención en su mayoría no han obtenido los resultados esperados, debido a la opinión y concepción que se ha ido construyendo socialmente en torno al SIDA, caracterizada como una enfermedad estigmatizada.

El SIDA es un problema que ha tenido un impacto importante en la salud y la sociedad, en el ámbito mundial. Debido a ello existe una concepción negativa que se caracteriza por el rechazo y desinformación, sobre todo el rechazo de los afectados por este mal. Estimaciones del programa de la Organización de las Naciones Unidas para la prevención del SIDA, hasta diciembre de 1999, en el mundo existen 33.6 millones de personas viviendo con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, se estima que hay 15,500 infecciones nuevas por día (ONUSIDA, 1999).

En nuestro país la epidemia se ha desarrollado con características propias. México en el continente ocupa el tercer lugar en número de infectados, después de E.U. y Brasil con 38,390 casos registrados al 31 de diciembre de 1998 (Uribe, 1999).

En 1996, el SIDA representó la tercera causa de muerte en hombres en el grupo de edad de 25 a 44 años, y el sexto lugar como causa de muerte en mujeres en ese mismo rango de edad (Magis, Bravo, Sejenovich y col., 1997). La proporción de casos atribuibles a transmisión sexual con respecto al total de casos registrados, ha ido en incremento; en 1990 fue de 28%, para 1994 fue de 35% y para 1998 fue de 60%. Existiendo una razón de 6 hombres por cada mujer infectada (Magis, Anaya y Uribe, 1998).

Una tendencia preocupante en México, es una mayor ruralización del problema. En 1990 había 224 casos en comunidades campesinas menores de 2,500 habitantes, para julio de 1995 existían 843 casos, para 1997 existían 2,037 casos lo que representa un incremento de 900% (Magis, Bravo, Sejenovich y col., op.cit.). Esta situación se pudiera explicar por la constante migración de estos a E.U., su cambio de conducta sexual, pero no su cambio de actitudes y la falta de medidas de prevención (Bronfman, Amuchastegui, Martina, y col., 1995). Por lo que es de esperarse que, lo que era una enfermedad básicamente de ciudades urbanas, se convierta en una enfermedad de zonas rurales, donde la desinformación, mitos y prejuicios pueden ser más fuertes.

Cabe aclarar que, para dimensionar las cifras de personas afectadas se tienen ciertos problemas; en primera sólo se registran casos, es decir, aquellas personas que además de tener el VIH, presentan ya una sintomatología clínicamente diagnosticada. Por otra parte, aunque el sistema de notificación es obligatorio, existen ciertos defectos administrativos denominados retraso y subnotificación, que en México se calculan en un 33% y 18.5% (Uribe, op. cit.), por lo que una cifra mas real puede ser de 60,000 casos. Adicionalmente se estima que por cada caso registrado existan como mínimo 3 y como máximo 5 portadores del VIH, lo que daría una entre 115 mil y 190 mil infectados de VIH.

Otro factor que es importante señalar es que muchas de las personas que están infectadas desconocen la situación, sobre todo por que durante un período prolongado, no presentan ningún síntoma, pero sí pueden continuar infectando a otras personas. Finalmente las personas infectadas que ya lo saben, prefieren por seguridad, mantener en anonimato su estado ya que muchas veces son sujetos de rechazo social, desacreditación y prejuicios, que llevan incluso a recibir maltrato y discriminación como despidos de su trabajo, negativa a recibir servicios médicos, expulsión del grupo social natural, señalamientos, y sanciones morales, entre otros.

En general la sociedad en México es muy conservadora apegada a valores tradicionales y religiosos, situación que permite mayor generalización de creencias y prejuicios y por

consiguiente un alta estigmatización de todo lo que gira alrededor del SIDA (Galvan, 1988). Esta situación se convierte en un nuevo problema; ya que mientras se identifica a ciertas personas como las causantes del mal, convirtiéndose en "*grupos de riesgo*", automáticamente se exculpan a todos aquellos que no forman parte de estos grupos y por lo tanto se mantiene la falsa noción de no ser susceptible de contraer este mal.

A pesar de ello, en México, es poco lo que se ha estudiado dentro del ámbito de la Psicología Social, para explicar con más rigor el fenómeno de estigmatización del SIDA en específico, y sobre todo en estudios que aborden directamente algunos segmentos sociales que potencialmente conviven o convivirán con personas afectadas por el VIH. La presente investigación pretende realizar una contribución a la comprensión de esta problemática.

## 2. Marco teórico

### 2.1.1. Estigma como fenómeno social

El intercambio social en medios preestablecidos nos permite tratar con otros, por consiguiente, es probable que al encontramos frente a un extraño las primeras apariencias nos permitan prever en qué categoría se halla y cuáles son sus atributos, es decir su **identidad social**.

El carácter que atribuimos al individuo debería considerarse como una imputación hecha con una mirada retrospectiva, en potencia una categorización, en esencia, una **identidad social virtual** la categoría y los atributos que de hecho, según pueden mostrarse, le pertenecen, se denominarán su **identidad social real**.

Mientras él extraño está presente ante nosotros puede demostrar ser dueño de un atributo que lo vuelve diferente de los demás y lo convierte en alguien menos apetecible (en casos extremos, es una persona casi enteramente malvada, peligrosa o débil). De ese modo, dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado. Un atributo de esta naturaleza es un estigma, esto constituye una discrepancia especial entre la identidad social virtual y la real. (Goffman, 1963)

El término estigma es utilizado para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador: Goffman, destaca la importancia de estudiar al estigma no solo como un proceso de categorización sino también como un lenguaje de relaciones. Un atributo que estigmatiza a un tipo de poseedor puede confirmar la normalidad de otro y por consiguiente, no es honroso ni humillante en sí mismo (Goffman, op. cit.).

Los Griegos, crearon el término estigma para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el estatus moral de quien los presentaba.

Los signos consistían en cortes o quemaduras en el cuerpo, y advertían que el portador era un esclavo, un criminal o un traidor **una persona corrupta a quien debía evitarse, especialmente en lugares públicos**. Un Estigma es realmente, una clase especial de relación entre atributo y estereotipo.

Se pueden mencionar tres tipos de estigmas: En primer lugar, las abominaciones del cuerpo, deformidades físicas, luego los defectos del carácter del individuo que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad. Por ejemplo: perturbaciones mentales, reclusiones, adicciones a las drogas, alcoholismo, homosexualidad, desempleo, intentos de suicidio y conductas políticas extremistas. Por último, existen los estigmas tribales de la raza, la nación y la religión, susceptibles de ser transmitidos por herencia y contaminar por igual a todos los miembros de una familia (Goffman, op.cit).

El concepto de un estigma y sus sinónimos ocultan una doble perspectiva: El estigmatizado supone que su calidad de diferente ya es conocida o resulta evidente en el acto, o que por el contrario, esta no es reconocida por quienes lo rodean ni inmediatamente perceptible para ellos. En el primero caso estamos frente a la situación del desacreditado, en el segundo frente a la del desacreditable.

Se llega a tener la creencia, que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana, valiéndonos de este supuesto practicamos diversos tipos de discriminación, mediante el cual reducimos en la práctica, aunque a menudo sin pensarlo, sus posibilidades de vida. Construimos una teoría del estigma, una ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esa persona, racionalizando a veces una animosidad que se basa en otras diferencias.

Basándonos en el defecto original tendemos a atribuirle un elevado número de imperfecciones y al mismo tiempo, algunos atributos deseables, pero no deseados por el interesado, a menudo de índole sobrenatural.

Comúnmente al dirigirse a un invidente, se le puede hablar más alto que lo normal, pensando que es sordo, asignándole así otro estigma. El defecto original que es susceptible de estigmatización es ser invidente no sordo. También solemos pensar que el invidente por su condición a desarrollado algunas habilidades que los normales no tienen; a menudo de índole sobrenatural, por ejemplo poseen un sentido especial para detectar *LOS HUMORES O SENTIMIENTOS QUE EXPELEN LAS PERSONAS*.

El estigma es un proceso que se va conformando de la relación implícita o explícita de dos tipos de participantes principales: el sujeto que posee un atributo que lo desacredita de acuerdo a las referencias o expectativas generalizadas en un marco social, y él o los sujetos que hacen uso del estigma para establecer la diferenciación de sí con otros.

Aunque se habla de dos posiciones específicas, éstas no son esquemáticas o rígidas. Cualquier persona está sujeta a estar en uno y otro lado dentro de un proceso de estigmatización, y éste va a depender de diferentes factores; el tipo de estigma o la acumulación de estos en uno solo, la situación contextual, las creencias y prejuicios, la cantidad e intensidad de los mismos, la proximidad (cercanía o lejanía) con la situación y la frecuencia de ocurrencia que en cierto sentido va a proporcionar referencias o experiencias previas a los sujetos y la conformación social de lo que se interpreta o se representa como sujeto de estigma.

Dentro de estos factores es importante profundizar en la conceptualización de aquellos que se conjuntan para la configuración de un estigma: las creencias, los prejuicios así como la construcción social que de ella se ha hecho.

### 2.1.2. La psicología ingenua y la disonancia cognoscitiva

El estudio de las relaciones interpersonales ha sido la principal fuente de preocupación de la Psicología Social, este es un fenómeno complejo que adquiere diferentes matices en base al tiempo, el contexto, la motivación, y la información en donde se presenta. Es así que en todo momento los participantes de una interacción tratan de identificar e interpretar lo que está sucediendo para proceder de una u otra manera, es decir se efectúan procesos internos en cada individuo para codificar e interpretar su entorno.

Se han llevado a cabo múltiples interpretaciones de como se realizan estos procesos, desde perspectivas que buscan una explicación global o aproximaciones detalladas de un proceso específico (como es el caso del objetivo de la presente investigación). De los trabajos que en el orden de explicación global destaca el postulado que surge de la corriente gestalista que explica que la gente trata de desarrollar una concepción ordenada y coherente de su medio, en este proceso construye una **Psicología Ingenua**, Heider que diseñó esta concepción (Deustsch y Krauss, 1984), sostiene que para comprender la conducta social de una persona debe entenderse la Psicología del sentido común que lo guía.

Heider propone que las personas tienden a estar en equilibrio cognitivo, es decir esta Psicología ingenua va a estar organizada por cada individuo de acuerdo a sus valores, experiencias y contacto con su medio ambiente, así como el conocimiento que posean. Estos elementos buscarán organizar en cada individuo un propia construcción y definición del mundo. Esta Construcción será organizada buscando el equilibrio cognitivo para el sujeto.

En la misma línea, la teoría de la Disonancia Cognoscitiva formulada por Festinger en 1957 (Rodríguez, 1986), posee un gran valor Heurístico, sirvió como integradora de innumerables descubrimientos relativos a los fenómenos de formación y cambio de actitudes.

El punto central de esta teoría consiste en afirmar que los seres humanos buscan un estado de armonía en sus cogniciones. Señala la necesidad de tener un conocimiento aparentemente congruente (conocimientos que no sean disonantes entre si).

Festinger define a la cognición como cualquier conocimiento, opinión o creencia acerca del ambiente, acerca de la propia persona o acerca de la conducta. Las relaciones entre nuestras cogniciones pueden ser relevantes o irrelevantes, cuando existe una oposición entre dos cogniciones relevantes, se presentara en el individuo una disonancia.

### **2.1.3. Actitudes**

Otro tópico que es un parámetro fundamental en el estudio de la Psicología Social es el estudio y medición de actitudes. Existen en la literatura un gran número de definiciones de actitud las cuales revisaremos brevemente para obtener semejanzas y diferencias:

Para Asch (1952 cit. en Hollander, 1985) las Actitudes son disposiciones duraderas formuladas por la experiencia anterior.

Para Rokeach (1966 cit. en Hollander, 1985) una Actitud es una organización aprendida y relativamente duradera de creencias acerca de un objeto o de una situación, que predispone al individuo en favor de una respuesta preferida.

Para Bem (1970; cit. en Perlman y Crosby, 1985) las actitudes son lo que nos gusta y lo que nos disgusta, son nuestras afinidades y aversiones hacia los objetos, situaciones personas o grupos y cualquier otro aspecto identificable de nuestro ambiente, incluso ideas abstractas, políticas y sociales.

Para Katz (cit. en Dawes, 1975) la Actitud es la predisposición del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable algún símbolo, objeto o aspecto del Mundo. Incluye el núcleo afectivo o sensible de agrado o desagrado y los elementos cognoscitivos o de creencias que escriben el afecto de la actitud, sus características y sus relaciones con los objetos.

De estas definiciones se puede destacar que las actitudes básicamente tienen tres componentes (Rodríguez, 1986):

**Cognoscitivo.** Integrado por las creencias que tienen las personas acerca del objeto Psicológico. Las creencias son de tipo evaluativo e incluyen cualidades deseables o indeseables, aceptables e inaceptables, buenas o malas.

**Emocional.** Se refiere a los sentimientos ligados al objeto, califican en amor - odio, admiración - desprecio, gusto - disgusto, favorable - desfavorable.

**Conductual.** Incorpora la disposición del individuo para efectuar una conducta para responder al objeto actitudinal.

#### **2.1.4. Teoría de la acción razonada**

Por otra parte en la Teoría de la Acción Razonada postulada por Fishbein (1979, 1988, 1990) las creencias son una parte anterior a las actitudes, están constituidas por la información que el sujeto maneja del objeto psicológico, puede venir de la experiencia directa, de las inferencias acerca del objeto o bien de la información de otros individuos: Una vez que las creencias llevan alguna carga afectiva o cognoscitiva se les llama actitudes.

Para este autor las actitudes están determinadas por las creencias, estas a su vez están divididas en dos grandes grupos: Las creencias conductuales y las creencias normativas. las primeras se refieren a las creencias que se tienen sobre la conducta que lleva a ciertos resultados, y su evaluación, es decir la **actitud hacia la conducta** que refiere el grado en el cual la persona tiene a evaluar favorable o desfavorable la conducta en cuestión.

Las segundas son creencias de la persona de que los grupos específicos piensan que él debería o no realizar la conducta y su motivación para complacer a sus referentes, en este caso Fishbein se refiere a la **norma subjetiva** o sea la percepción de las presiones sociales para realizar o no determinado comportamiento.

Estos dos grupos de creencias son mediatizadas por los sujetos estableciendo su **importancia relativa**, el producto de esta mediación daría como resultado la intención del sujeto a efectuar cierta acción.

En esta mediación que elabora el sujeto, podríamos aventurar que se realiza el fenómeno de la disonancia estudiado por Festinger y anteriormente mencionado. Es decir tanto las creencias conductuales como las creencias normativas no forzosamente estarán en correspondencia, en términos de Festinger estas cogniciones (creencias) pueden provocar disonancia, por lo que surgirá en el sujeto una mediación entre ellas para optar por una y desechar la otra o bien configurarlas en una sola pero que sea congruente hacia el individuo.

En resumen la opción elegida tenderá a ser sobrevalorada por el individuo dándole mayores atributos y la desechada adquirirá desventajas para el sujeto, permitiéndole finalmente a éste encontrar una congruencia cognitiva. Construyendo toda una base teórica propia para afirmar en lo que cree y por ende en lo que hace.

Esta equiparación en los postulados de ambos autores habría que tomarla con reserva, aunque no deja de ser ilustrativa para el propósito del presente trabajo: Festinger se refiere habitualmente a dos cogniciones, mientras que en el modelo de Fishbein las creencias son múltiples y básicamente agrupadas en dos tipos, (Conductuales y Normativas) de estos resalta la importancia de la norma subjetiva que permite adherir a este modelo un mayor peso en la carga cultural y conceptual que le da ese dinamismo social del cual pudo haber carecido el modelo de Festinger.

En la teoría de Fishbein es importante resaltar que a diferencia de sus antecesoras concepciones de la Actitud, da un énfasis a las creencias como formadoras de la actitudes, y en contraposición con algunas de ellas sostiene que el objeto de medir Actitudes no es, predecir conductas, sino las intenciones de los sujetos a emitir ciertas conductas.

Para Fishbein, toda acción ocurre con respecto a algún objeto en un contexto dado y en un tiempo determinado. El mejor predictor de la conducta es la intención para realizarla, es así que lo primero que se tiene que realizar en un estudio de actitudes es la identificación de conductas a través de cuatro elementos; acción, objeto, contexto, y tiempo.

Como segundo paso el predecir las intenciones a partir de las actitudes hacia la conducta y la norma subjetiva, la importancia de una o ambas nos dará la implicación para posibles intervenciones, ya sea para cambiar o reforzar una intención dada. Así en la Teoría de la Acción Razonada se establece un posible cambio de conducta por medio del cambio de creencias y estructuras cognoscitivas.

Es por ello que en el presente trabajo retomaremos estos puntos (creencias y estructuras cognoscitivas) como fundamento teórico.

Por último hemos equiparado a propósito el término de creencias con el de cogniciones lo que nos lleva a un punto de discusión central en este trabajo ¿Son términos equiparables? y por otro lado ¿Difieren las actitudes de las creencias? Para ello es necesario identificar que son las creencias.

### **2.1.5. Creencias**

Hasta este punto hemos revisado brevemente el estudio de actitudes, haciendo hincapié en la Teoría de la Acción Razonada, donde encontramos un énfasis importante en el estudio de las creencias. Pepitone (1991), destaca que dentro de la Psicología Social, el estudio de las actitudes han sido una tarea central, mientras que ha existido una falta de atención hacia el estudio de las creencias.

Una razón que sostiene el autor es que se pretende obtener una mayor generalización por medio de la explicación del cambio de actitudes independientemente de su contenido, mientras que al estudiar las creencias, precisamente el contenido es lo que interesa.

Las creencias son estructuras relativamente estables que representan lo que existe para el individuo más allá de la percepción directa. Son conceptos normativos creados en grupos y fuertemente enraizados culturalmente. Particularmente, las creencias son conceptos acerca de la naturaleza; las causas de cosas, personas, eventos y procesos cuya existencia es asumida. (Pepitone, op. cit.)

En adición, Jodelet (1986) afirma que las creencias son sistemas de referencias que permiten interpretar lo que sucede e incluso dar un sentido a lo inesperado, es un saber transmitido por los grupos ideológicos con los cuales interactúan, que las acredita y considera verdaderas, dependen de factores culturales, históricos, individuales y ecológicos.

Para Fishbein y Ajzen (1990), las creencias se refieren a la probabilidad subjetiva de una persona sobre sus juicios concernientes a algún aspecto discriminable de su mundo. El trato con la comprensión que tiene el sujeto por el mismo y su ambiente.

Fishbein y Ajzen (1975, cit en Perlman y Crosby, 1985) distinguen a las actitudes de las creencias de la siguiente forma: Mientras las actitudes se refieren a una evaluación favorable o desfavorable de la persona hacia un objeto, las creencias representan la información que esta persona tiene del objeto. Específicamente, una creencia une al objeto con algún atributo. Si uno tiene una actitud positiva o negativa hacia algo, depende de como las creencias relevantes son evaluadas y de la fuerza con la cual son sostenidas estas creencias.

En contraste con las actitudes, las creencias son notoriamente resistentes al cambio, por lo que es difícil modificarlas por medio de las estrategias planteadas tradicionalmente para el cambio de actitudes. Las creencias difieren del conocimiento por su componente evaluativo y por tener varias funciones Psicológicas: proporcionar apoyo emocional, control cognoscitivo, regulación moral y una identidad grupal. Así todo conocimiento es acompañado de un cúmulo de creencias pero no todas las creencias proporcionan conocimiento.

Las creencias pueden ser, con respecto a la realidad objetiva; verdaderas o falsas. A las primeras comúnmente se les denominará conocimiento ya que se da por hecho o se cuenta con la base de que pueden ser verificables. Por el contrario las segundas carecen de verificación, en su mayoría son construcciones transmitidas de persona a persona, generalizaciones que se formaron " *de oídas*" o a través de la interpretación muy personal y circunstancial de la persona que las elabora y que le permiten interpretar el mundo que lo rodea.

La delimitación anterior en la práctica es difícil llevarla a cabo e incluso comprometedor; la veracidad o falsedad de ciertas creencias pueden llegar a ser un tema escabroso o pareciera más de índole filosófico o metafísico; por ejemplo el tema religioso o la definición de la democracia.

Uno de los intereses psicológicos sobre el estudio de las creencias es el hecho de que uno puede creer sin tener bases empíricas, incluso uno puede seguir creyendo cuando hay evidencias opuestas a la creencia. De ahí surge la importancia de un estudio riguroso y sistematizado que de más relevancia al análisis de los contenidos de las creencias que a dictaminar la veracidad o falsedad de las mismas. La importancia es ver las diferencias entre lo que cree la gente y como se forman estas creencias grupal y culturalmente.

Fishbein y Azjen (1990) establecen tres tipos de formación de creencias:

**1.- Creencias Descriptivas.** Una persona puede percibir vía alguno de sus sentidos que un objeto dado tiene un cierto atributo, es así que en este tipo de creencias se forman en base a las experiencias que se tienen con el objeto, de tal suerte que pretenden describirlo.

**2.- Creencias Inferenciales.** En este tipo hacemos deducciones a través de las relaciones sobre el objeto fuente de la creencia que permiten ir más allá de las relaciones directamente observables. Estas pueden darse básicamente de dos formas:

- a) El individuo puede usar relaciones previamente aprendidas, Por ejemplo; **Las personas dedicadas a la prostitución son asumidas como sucias.**
- b) Por medio del uso de sistemas formales codificados; que se refieren a varias reglas de la lógica que contribuyen a la formación de creencias sobre algunos eventos, aunque de manera no razonada la mayoría de nuestras creencias son procesadas o generadas por una lógica de pensamiento, que nos permiten hacer construcciones con respecto a un objeto.

Una forma de razonamiento común es el silogismo;

Todos los **P** son **Q**  
**X** tiene **Q**  
Por lo tanto **X** es **P**

Ejemplificando:

Todos los enfermos de **SIDA** son **Homosexuales**  
**Juan** tiene **SIDA**  
Por lo tanto **Juan** es **Homosexual**

Otras formas son:

Afirmación Universal: Todo **O** es **X** (ej. Todo **Sidoso** es **Promiscuo**)

Negación Universal : No **O** es **X** (ej. No ser **Virgen** es **Inmoral**)

Afirmación Particular: Algún **O** es **X** (ej. el actor **Rock Hudson** fue **Promiscuo**)

Negación Particular: Algún **O** no es **X** (ej. **mi hermana** no es **inmoral**)

También realizamos construcciones lógicas de probabilidad;

$$P(I) = F(S)$$

La probabilidad de **infectarte** es mayor si convives con gente que tiene **SIDA**.

**3.- Creencias Informacionales** (Creencias surgidas de otra fuente). Frecuentemente aceptamos información sobre algún objeto proveniente de fuentes externas (periódicos, libros, revistas, radio, televisión, amigos, parientes, compañeros de trabajo, Etc.). La información provista de una fuente externa permitirá la formación de creencias descriptivas pero que no parten de la experiencia directa, más bien de dar por hecho la información que otros nos dan.

a) Se Cree que un objeto **O** tiene un atributo **X**.

b) Se Cree que una fuente **S** proporciona información que un objeto **O** tiene un atributo **X**.

Esquematizando:

**O es X**  
**S dice que O es X**

En el primer caso la formación de la creencia envuelve el establecimiento de un eslabón entre **O** y **X**.

En el segundo caso una fuente **S** realiza una aseveración que **O es X**; el eslabón **O - X** es establecido por la fuente y este eslabón es aceptado por el sujeto, en este caso es una creencia informacional.

Este tipo de creencia va a adquirir mayor importancia dependiendo de la credibilidad de la fuente, es decir de lo importante que resulte la opinión emitida por alguien y lo veraz que lo considere el sujeto y contribuirán a formar su norma subjetiva.

En este apartado se han puesto ejemplos de creencias entorno al SIDA, las cuales detallaremos más adelante.

Finalmente, las creencias se pueden clasificar en diversas categorías, teniendo como referencia la clasificación realizada por Pepitone (1991) para efectos del presente trabajo retomaremos las siguientes por considerarlas de importancia con respecto al SIDA:

**Creencias morales.-** En esencia tienen que ver con los estados de bondad y rectitud y como lograr dichos estados. Están estrechamente ligadas con la noción de justicia que engloba diferentes aspectos, la equidad social, la distribución de recursos, el aliviar el sufrimiento, la justicia, etc. y esencialmente subyace la valoración sobre recompensa y castigo.

**Creencias Religiosas.-** Incluyen objetos y lugares sagrados así como eventos sobrenaturales como la resurrección, la reencarnación y una gran variedad de entidades dioses, ángeles, espíritus, etc. Las creencias religiosas están fuertemente relacionadas con las creencias de control de eventos que suceden en la vida, el destino y el orden divino.

**Creencias Psicológicas.-** Se refieren a procesos mentales o estructuras de uno mismo o de otros que determinan o facilitan ciertos resultados. Fenómenos que se atribuyen como paranormales como la precognición o la telepatía o creencias sobre el control personal como la **fuerza de voluntad** o la **mente sobre la materia**.

**Creencias de Contexto.-** Adicionalmente se agrego a la clasificación de Pepitone y que coincide en parte con el concepto de creencias inferenciales de Fishbein. Esta categoría se referirá a aquellas creencias que tienen que ver en su formación con el medio ambiente en donde se desarrolla el sujeto, ya sea su entorno social así como la información provenientes

de fuentes externas, por ejemplo lo que la gente cercana a él (familiares, amigos, autoridades) dice u opina sobre un determinado evento.

### **2.1.6. Prejuicio social**

La literatura de los estudios sobre prejuicio, en mayor medida han sido enfocados hacia los efectos de este fenómeno sobre grupos étnicos como los judíos y la raza negra, principalmente porque se han desarrollado en Estados Unidos durante las décadas de los 40 a los 60, donde los problemas sobre prejuicio racial tomaron un cause importante, debido tanto por los efectos de la segunda guerra mundial y las movilizaciones sociales internas y externas de ese país. Esto despertó un especial interés de estudio en investigadores dentro de la Psicología, de ellos resaltan por ejemplo: la personalidad autoritaria de Adorno y colaboradores de 1950, y la naturaleza del prejuicio de Allport de 1958 (Billig, 1986). Con Adorno, el enfoque teórico está orientado a que el prejuicio se deriva de la personalidad y otros aspectos de la constitución psicológica de los individuos, por el contrario en Allport encontramos una teoría que se enfoca a los efectos de pertenecer a un grupo (Gross, 1998), por lo que, para la presente investigación, se tomará el modelo teórico de Allport, ya que el fenómeno de estudio se enfoca a las relaciones entre grupos.

El prejuicio es un fenómeno que se presenta en todas las sociedades adquiriendo matices propios y orientados hacia múltiples grupos no solamente raciales, también grupos o individuos con características consideradas no propias o no comunes por la sociedad, por ejemplo por su ideología, por su conducta sexual o incluso por tener algún defecto o enfermedad física, como es el caso del presente trabajo.

Para Allport (1957), el prejuicio es una actitud de aversión y de hostilidad hacia los miembros de un grupo basado simplemente en su pertenencia a él y la presunción de que cada miembro posee las características objetables atribuidas al grupo. Yinger (1965, cit. en Whittaker, 1985), define al prejuicio como una actitud emocional rígida (predisposición a responder a cierto estímulo de determinada manera), con respecto a un grupo de personas, distinguiendo que los prejuicios son actitudes pero no todas las actitudes son prejuicios.

Estas definiciones no difieren entre sí, por lo que ambas son válidas para este trabajo, se incluyeron por que tienen algunos aspectos que vale la pena mencionar.

En primera el prejuicio es una actitud, como tal, muestra una opinión favorable o desfavorable con respecto a un objeto psicológico. Puede ser que existan en una persona prejuicios en sentido positivo como generalizaciones hacia un grupo determinado *LOS JUDÍOS SON MUY TRABAJADORES*, éste sería un ejemplo de lo que se denomina como estereotipo que es una percepción o creencia que sostenemos de los demás (Perlman y Crozby, 1987), sin embargo puede ser parte de un prejuicio: *PERO POR SER TRABAJADORES LOS JUDÍOS SON EXPLOTADORES*. Como vemos el prejuicio va más allá de una simple generalización conformándose en una conceptualización acerca de algo o alguien que, en una evaluación global o final será negativa.

Por otra parte, cuando una actitud del prejuicio lleva a una conducta negativa abierta es una discriminación. El prejuicio es una actitud, una tendencia a responder o una respuesta simbólica, por el contrario la discriminación comprende el tratamiento diferencial de los individuos hacia quienes considera como pertenecientes a un grupo social en particular. En algunos lugares de Estados Unidos en la década del cuarenta, era posible encontrar un área de sanitarios donde existían tres puertas: mujeres, hombres y *negros*. Esta era una conducta discriminatoria precedida de un alto grado de prejuicio.

El punto importante es que el prejuicio es una actitud y la discriminación es un conducta, sin embargo como vimos en la teoría de la acción razonada, en psicología, al evaluar actitudes lo que pretendemos obtener es la probabilidad de la intención conductual. Por lo que habiendo hecho esta distinción, comprenderemos que al hablar de discriminación se tomará como una intención conductual derivada del prejuicio;

"ES CIERTO QUE TODA ACTITUD NEGATIVA TIENDE DE ALGÚN MODO A EXPRESARSE EN ACCIÓN EN CIERTO MOMENTO... CUANDO MÁS INTENSA ES LA ACTITUD, MÁS PROBABLE ES QUE DESEMBOQUE EN UNA ACCIÓN ENÉRGICAMENTE HOSTIL"  
(ALLPORT, 1958, PÁG.29).

En resumen el prejuicio es una antipatía que se apoya en una generalización imperfecta e inflexible. Puede sentirse o expresarse, puede estar dirigida hacia un grupo en general o hacia un individuo por el hecho de ser miembro del grupo.

El prejuicio es la valoración moral que hace una cultura, es producto del aprendizaje de las costumbres, creencias, valores y normas de los diferentes grupos e instituciones sociales. Los grupos de referencia influyen en el individuo por ser parte de su sistema normativo que refleja las actitudes y normas de la sociedad en que vive (Limm, 1978).

Esta valoración se realiza básicamente en dos formas; A través de la asimilación, el punto en común que tiene el grupo o el contraste y las diferencias que tienen los elementos de un grupo a comparación del grupo al cual pertenecemos.

Como se puede observar el prejuicio es producto de la delimitación entre el exogrupo y el endogrupo que concibe cada sujeto, y parte de diferentes sentimientos como pueden ser; un sentimiento de superioridad; o que el grupo minoritario es diferente y extraño; o el reclamo de poder, privilegio o status; o el temor hacia el grupo minoritario (Varnder, 1986).

El efecto final del prejuicio, así definido, es colocar al objeto del prejuicio en una situación de desventaja no merecida por su propia conducta, sino por poseer un atributo que lo identifica con un grupo (Allport, 1958), como se puede observar, esta aseveración se encuentra muy ligada al concepto de estigma, anteriormente mencionado.

Allport (op cit.), distingue cinco categorías de prejuicio que van a diferenciarse dependiendo de su intensidad en los sujetos. La primera es la anti-locución o rechazo verbal, la segunda es el esquivamiento o la tendencia a evitar a una persona, la tercera es la discriminación o la

tendencia a excluir (del trabajo, de las escuelas, de un lugar público). Las dos últimas son; el ataque físico y el exterminio de una persona o grupo. Como se puede notar estas están vinculados con actitudes altamente agresivas.

Para efectos prácticos agruparemos estas cinco categorías en tres grados de prejuicio juntando al rechazo y esquivamiento por un lado, la discriminación como segundo grado y al ataque físico, y el exterminio por otro, quedando conceptualizados de la siguiente manera:

**Rechazo verbal y esquivamiento** (prejuicio bajo). Hablar mal. La mayoría de la gente con prejuicios hacia un grupo habla de él, con amigos que piensan de igual modo, a veces también con extraños, expresan su antagonismo libremente. En contraparte, el esquivamiento lleva al individuo a evitar el contacto con los miembros del grupo que le desagrada. En este caso, la persona prejuiciosa no infringe ningún daño directo al grupo que le disgusta.

**Discriminación** (prejuicio medio). Contrario al anterior, las personas con prejuicio más elevado tienen una alta probabilidad de llevar a la práctica, de modo activo una distinción hecha en detrimento de algún grupo, como excluir de empleo, zona de residencia, hospitales o privar de sus derechos básicos.

**Ataque** (prejuicio alto). El prejuicio alto predispone al sujeto a llevar a contactos de violencia o semiviolenencia y en un grado más elevado en casos que pueden llegar a ser extremos como los linchamiento o matanzas.

El prejuicio implica una predisposición a la emisión de ciertas conductas hostiles en relación con el objeto de prejuicio. Una cualidad distintiva del prejuicio es su racionalización, es decir las creencias se adaptan y se amoldan a la actitud negativa y por lo tanto no se actúa según se cree sino que se cree según se actúa.

### **2.1.7. Estigma, como producto de las creencias y los prejuicios**

Podemos resumir que el estigma es un proceso de atribución con el que los individuos tienden a categorizar a otros o "marcarlos socialmente" a través de lo que consideran un defecto, por lo que se daría una diferenciación entre "normales" y "estigmatizados", en donde se pone en juego el uso de las creencias y prejuicios para diferenciarse del sujeto estigmatizado, bajándolo de status, y así marcar una distancia y diferenciación con éste y con ello salvaguardar su integridad de individuos compatible con un entorno social específico y propio del él.

Como hemos visto, tanto en las conceptualizaciones del estigma y del prejuicio, el efecto final es colocar al objeto de estos en una situación de desventaja no merecida por su propia conducta.

La diferencia radica en la perspectiva desde donde parte el sujeto. Si es él el que recibe la conceptualización desacreditable, producto de los prejuicios estamos hablando del sujeto estigmatizado. Por el contrario si del sujeto parten los prejuicios hacia cierto grupo o persona es el sujeto estigmatizador.

En estos diversos roles se podría considerar al prejuicio en dirección activa sobre los otros y a los estigmas como la imposición de los otros que se sufre pasivamente. **Se prejuzga a alguien por pertenecer a un grupo o se tiene un estigma por ser parte de ese grupo;** sin embargo es importante destacar que ambos procesos van implícitamente entrelazados y son producto de un conjunto de creencias formadas en relación a ese grupo.

El proceso es dinámico por una parte el estigmatizado desarrolla una serie de expectativas que afecta a su entorno, puede estar consciente de cómo le afecta el estigma, asumirlo, rechazarlo y buscará librarse de él tratando de recobrar ese status perdido o incluso hacer uso de su estigma, sacándole ventaja haciendo de éste, su estilo de vida o una forma diferente de vida.

### 2.2.1. El SIDA como una enfermedad estigmatizadora

El SIDA es la etapa terminal de un proceso infeccioso producido por el virus de inmunodeficiencia humana VIH, caracterizado por la incapacidad funcional del sistema inmunológico que induce a la aparición de enfermedades oportunistas y procesos oncológicos que derivan en la muerte (CONASIDA, 1995; Izazola y Tolbert, 1994).

Además de ser un problema prioritario de salud, también ha conjuntado una serie de problemas sociales y psicológicos, no sólo para aquellos que padecen esta enfermedad, sino también para toda la humanidad.

Algunas de estas problemáticas habían permanecido en ámbitos ocultos o aparentemente ajenas a la cotidianidad. Con el SIDA afloran temas ya de por sí polémicos; prostitución, drogadicción, opciones y prácticas sexuales distintas a las comúnmente establecidas (homosexualidad, bisexualidad, infidelidad, promiscuidad); conductas que se vuelven *prácticas de riesgo* para contraer el virus, surgiendo así el prejuicio y el rechazo hacia todo lo que gira entorno al SIDA.

Estas problemáticas se reformulan, y cuestionan a la misma sociedad, forzándola a tomar partido, al incorporar nueva información, al reorganizar sus creencias y modificar comportamientos individuales y las relaciones entre sí.

Prácticas médicas, legislativas y jurídicas, e incluso conceptos éticos, religiosos o morales se han visto cuestionadas o modificadas. La polémica y las posiciones radicales es un fenómeno permanente cuando se habla del SIDA.

Existen tres formas de transmisión del VIH: por contacto sexual con personas infectadas por el VIH (donde hay intercambio de semen, líquido preeyaculatorio o secreción vaginal), por transfusión de sangre contaminada y sus componentes, incluyendo el uso de agujas y otros instrumentos punzocortantes contaminados; y por vía perinatal, de una madre infectada a su hijo durante el embarazo o en el parto (CONASIDA, 1995).

De las tres vías de transmisión, el contagio por vía sexual es la que ha desatado más polémica, porque saltan a la luz pública conductas sexuales que socialmente no son aceptadas por un gran sector de población con ideas conservadoras. Esta polémica se complica aún más por las medidas de prevención que principalmente recomiendan el uso de condón. Definitivamente el sexo siempre ha sido un tema que se maneja de forma oculta, quererlo modificar y aceptar en todas sus manifestaciones es una tarea difícil, prácticamente imposible de realizar, sin sufrir grandes tropiezos, lo que antes solo bastaba con que fuese marginal, además se convierte en un peligro:

LA TRANSMISIÓN DEL SIDA SUPONE ACTOS PRIVADOS CON CONSECUENCIAS PÚBLICAS Y SOCIALES. LAS POLÍTICAS SANITARIAS ORIENTADAS A COMBATIR LA PROPAGACIÓN DE LA ENFERMEDAD SUPONEN, A LA INVERSA, ACTOS PÚBLICOS CON IMPACTO DENTRO DE LA ESFERA DE LO PRIVADO (CASTRO, 1988. PÁG. 630).

El SIDA es una enfermedad relativamente joven, que se ha convertido en una de las mayores preocupaciones de la segunda mitad de este siglo. La forma de como surgió el VIH que provoca este mal, todavía no ha sido precisada, a pesar de muchas y variadas hipótesis, no se cuenta con una idea clara de su origen, sin embargo esto podría pasar a segundo término tomando en cuenta su rápida propagación que la ha convertido en una epidemia mundial que desde sus inicios y hasta la actualidad es en todos los casos mortal (Sepúlveda y Rico, 1989). A pesar de que actualmente existan avances tecnológicos en medicina que permiten prolongar la vida de los infectados.

Pero la forma de aparición y como se fue haciendo pública la enfermedad da origen al surgimiento de creencias erróneas que se tiene sobre el SIDA.

"EL 5 DE JULIO DE 1981, CUANDO LOS CENTROS PARA EL CONTROL DE ENFERME-  
MEADES DE E.U. (CCE), DE LOS ESTADOS UNIDOS, PUBLICARON EN SU REVISTA  
MORBILITY AND MORTALITY WEEKLY, CINCO CASOS DE NEUMONÍA PNEUMOCYSTIS  
CARINI (UNA INFECCIÓN PARASITARIA EN LOS PULMONES) EN HOMBRES HOMO-  
SEXUALES DE LA CIUDAD DE LOS ANGELES. (RAMOS, 1989. PÁG. 56).

En julio del mismo año se publica un reporte sobre la presencia de Sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer en la piel en 26 sujetos masculinos. En ambos casos llamaba la atención la relativa juventud de los pacientes, el curso acelerado y fulminante de la enfermedad y como factor común se trataba de sujetos homosexuales. A estos casos se fueron agregando situaciones en usuarios de drogas intravenosas y hemofílicos, haitianos y gente de países africanos.

Las formas de pensar en los quehaceres científico y en el dominio público raramente es la misma, así mientras los primeros buscaban patrones comunes como factores epidemiológicos para comprender este mal, en los segundos estos mismos patrones al convertirse en noticia causaron múltiples reacciones; la principal es que el SIDA es una amenaza mortal y ante la incertidumbre que provoca esta amenaza las respuestas se diversifican; se buscan culpables y se justifican el porque de las muertes.

Aunado a los lentos descubrimientos científicos en los primeros años, se propagan casi con igual intensidad que la epidemia, ciertas creencias erróneas, se habla entonces de la **plaga gay**, debido a una propuesta inicial de denominarlo GRID -Gay Related Inmune Deficiency- (Herek y Glunt, 1988) y se identifica como los principales **culpables** a los homosexuales prostitutas y drogadictos. En E.U. en particular se agregan a esta lista grupos raciales como negros e hispanos, creándose así los denominados **grupos de riesgo**.

Ante la incapacidad de la salvación de los enfermos, se justifican sus muertes; surgen ideas como **si están enfermos es por su forma de ser es un castigo justo** ante una **conducta sexual impropia**. Al respecto Ramos Lira y Díaz Loving (1992) sostienen;

"PARTICULARMENTE DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA MORALIDAD, ES DECIR, CON UN ORDEN EN EL CUAL LOS BUENOS SON PREMIADOS Y LOS MALOS CASTIGADOS. ESTAS CREENCIAS ESTÁN MUY RELACIONADAS CON LA HIPÓTESIS DEL MUNDO JUSTO DE LERNER, SEGÚN LA CUAL LAS PERSONAS TIENDEN A ATRIBUIR CUALIDADES MORALES A AQUELLOS QUE HAN TENIDO EXPERIENCIAS DESEABLES O INDESEABLES" (PÁG. 16).

En los 18 años que lleva la epidemia además de causar cerca de 16.3 millones de defunciones en el mundo (ONUSIDA, 1999), ha provocado sentimientos hostiles, ansiedad y rechazo. Por definición el Síndrome contiene un doble estigma: la identificación del SIDA como una enfermedad peligrosa y mortal, y segundo por la identificación del SIDA con grupos de personas que siempre han sido estigmatizados; homosexuales, prostitutas y drogadictos intravenosos (Herek y Glunt, 1988).

Esta situación ha originado dos grandes fenómenos sociales respecto al SIDA. En el primero se pueden identificar la respuesta de personas afectadas por el VIH, personas con preferencias sexuales distintas a las socialmente establecidas y personas que ejercen algún tipo de comercio sexual; que han conformado agrupaciones sociales con actividades que van desde la concienciación y prevención hasta el activismo y la militancia en defensa de sus derechos y el reconocimiento como grupos sociales no marginados.

El otro gran fenómeno lo constituye una parte importante de la población que se siente ajeno a las personas anteriormente citadas, en donde persiste el rechazo a todo lo referente al SIDA, creando en ellos una desinformación y por ende una baja o nula percepción del riesgo y por lo tanto carencia de medidas de prevención. Un error que comúnmente sucede es el hecho de que el no pertenecer a alguna de las categorías identificadas como **grupos de riesgo**<sup>1</sup> se considere a salvo de contagio del VIH, sin tomar en cuenta que son precisamente las prácticas las que representan por sí solas la posibilidad de transmisión del VIH.

---

<sup>1</sup> Actualmente se evita esta expresión, pues si bien en un inicio fue utilizado para clasificar a personas con riesgo, en el sentido popular, daba cuenta de que existe grupos de personas que "representan un peligro", por lo que para no señalar grupos, se hace referencia a la práctica que implica la exposición al virus, con el término prácticas de riesgo.

La realidad es muy diferente a lo que comúnmente se cree. Con el progreso de la epidemia cada día crece el número de infectados de cualquier grupo social, siendo la principal causa de contagio por vía sexual.

Así, la medida de prevención más pertinente es proporcionar información clara y precisa sobre las vías de transmisión, que implica un cambio substancial de hábitos y conductas sexuales, lo que en la práctica no ha resultado funcional, distinguiéndose opiniones opuestas: los que promueven prácticas de sexo protegido (uso de condón), así como una actitud más responsable hacia el sexo y otros que promueven la monogamia y la castidad como solución tomando el tema como motivo para **una preocupación por el orden moral y el regreso a valores ortodoxos** (Ramos Lira y Díaz Loving, 1992).

### **2.2.2. Representación colectiva del SIDA**

El significado social de algún fenómeno nace de las representaciones individuales y colectivas (Markova, 1987 citado en Pryor y Reeder 1993). Las representaciones cognitivas individuales que poseen las personas pueden ser fragmentadas, conteniendo solo partes o propiedades del fenómeno.

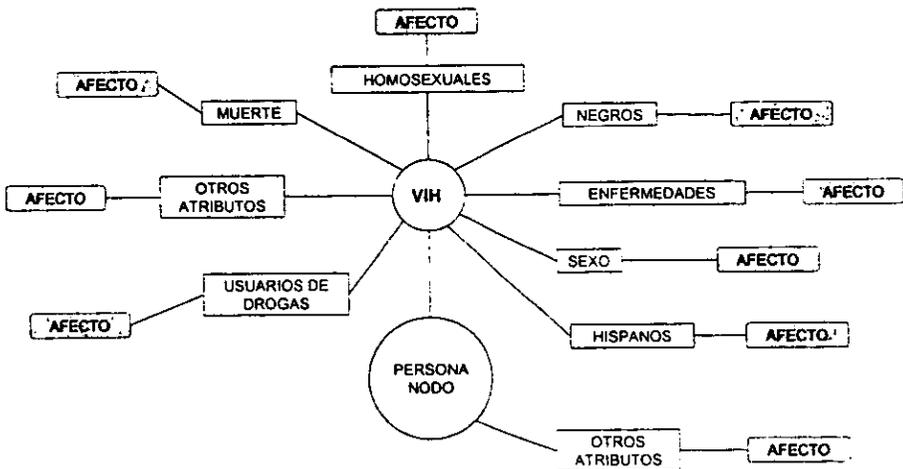
Pryor y Ostrom (1990), sostienen que todas las conductas sociales son en última instancia determinadas por conductores de memoria, por lo tanto conductas discriminatorias, rechazo y hostilidad hacia personas infectadas por VIH pueden ser trazadas hacia las representaciones cognitivas de esas personas.

Una aproximación teórica aplicada a las representaciones cognitivas de la información que posee una persona puede describirse como una red asociada de la memoria humana. En este modelo una persona infectada por VIH esta cognitivamente representada dentro de una red asociativa de otros conceptos *nodos* relacionadas que son atributos estigmatizadores.

Los afectos que proporcionan información pueden estar contenidos en esta cadena. Así las respuestas afectivas pueden emanar simultáneamente de varias fuentes de esa red.

La probabilidad de activación de esta red se extiende a lo largo de algunas de las uniones y los pensamientos e ideas están en función de lo reciente y frecuente de su activación, entonces la experiencia y la información conformada de tiempos pasados pueden ser importantes en las reacciones individuales hacia las personas con VIH; concepciones asociadas vienen a representarse como una unidad.

Por ejemplo se piensa comúnmente del SIDA como una enfermedad asociada con homosexuales y de éstos se les agrega un afecto negativo, entonces se conforman como una unidad más que de tres cosas separadas, y así sucesivamente con otros atributos que se le unen (drogadicción, prostitución, promiscuidad etc.) como se muestra en la siguiente figura:



FUENTE: Pryor y Reader, 1994

Esta red puede estar conformada por complicadas combinaciones de atributos no deseables, grupos y eventos desagradables que en cualquier dirección en que tomen, en la manera que aparezca uno, van estar asociados los otros, incluyendo los atributos y afectos particulares,

dándole en conjunto al concepto una forma de *aditividad*, es decir la misma suma de los atributos indeseables en cualquier concepto que este relacionado.

Otra aproximación teórica en esta línea, pero con mayor énfasis hacia las representaciones sociales (colectivas) se encuentra en los trabajos de Echebarría y Paez (1989), en donde su objetivo era analizar los mecanismos involucrados en mantener la representación social estable y las distorsiones en los recuerdos de información realizada en forma selectiva como mecanismo para garantizar la estabilidad de representaciones esquemáticas preexistentes.

A los sujetos se les preguntó sobre la información y creencias de las causas que provocan el SIDA, los grupos más afectados y las formas de transmisión, posteriormente se le dio información correcta y tres semanas después se les aplicó un cuestionario de reconocimiento.

Los sujetos conforme a sus respuestas se clasificaron en dos grupos; uno de tipo conservador que asociaba a la infección de SIDA como castigo por la culpa de ser parte de algún grupo no deseado (homosexual, prostitutas, drogadictos y promiscuos), y el segundo de tipo liberal que consideraba que el SIDA es una enfermedad posible en cualquier persona y mostraban un punto de vista más amable hacia las personas infectadas con ese mal.

En el test de reconocimiento los sujetos del grupo de conservadores omitieron parte de la información correcta sobre el SIDA que se les había proporcionado manteniendo consistencia con sus representaciones preexistentes, por el contrario los sujetos de tipo liberal incorporaron íntegramente la nueva información. Los autores no lo mencionan, pero es evidente aquí el fenómeno de la consonancia cognoscitiva anteriormente citado.

Los autores concluyeron que los datos demuestran claramente la influencia de las representaciones preexistentes para recordar información. En cada grupo son acordes con sus sistemas preexistentes de valores y creencias; donde estas pueden ser usadas para defender sus ideologías. Se pudo confirmar que la representación social y los mecanismos de selección de información distorsionan o alteran el significado de los recuerdos en forma

selectiva. Las representaciones son basadas en contextos sociales preexistentes que se adaptan y son usados para defender los valores del grupo.

### 2.2.3. El mundo justo y la profecía que se autocumple como forma de estigmatización en el SIDA

Apoyando a las conclusiones de las investigaciones y las afirmaciones teóricas previamente referidas en este capítulo, se puede incluir a la teoría del mundo justo de Lerner (1980), la cual sostiene que en los seres humanos existe la necesidad de creer en un mundo justo, el cual se basa en el orden, la estabilidad, y la predictibilidad. La posición de este tipo de necesidades de personalidad, crea una fuerte disposición en las personas que conciben un orden moral en el cual el individuo obtiene lo que merece y merece lo que obtiene, bajo ciertas condiciones, los creyentes en un mundo justo distorsionan la realidad social, con el objeto de conformarse con la necesidad de creer.

En términos de esta teoría se puede inferir la conformación de la creencia generalizada en muchas personas que ante la falta de explicación de la aparición del SIDA, la imposibilidad de una cura y el temor tan intenso que provoca, las personas afectadas por el VIH en vez de ser víctimas de una enfermedad, son personas que realizaron actos indebidos y por lo cual deben recibir un castigo justo por conductas impropias y con ello se mantiene la creencia en un mundo justo. Aún mas, se ha hablado de *víctimas inocentes*, para referirse a aquellos que según sostienen, no tuvieron la *culpa* de infectarse, por ejemplo los niños, implicando con ello que existe personas infectadas que son responsables de su mal o *víctimas culpables*. (Sontag, 1989).

La complejidad de esta creencia se convierte en una *REPRESENTACIÓN SOCIAL*<sup>2</sup>, que orienta un concepto sobregeneralizado y estigmatizante de lo que significa ser una persona con VIH. La persona afectada por el VIH podría asumirla como explicación para su propia condición, produciéndose lo que Lerner denominó el efecto Pigmalión o la profecía que se autocumple;

---

<sup>2</sup> Se utiliza aquí el concepto de representación social en el sentido más amplio del término, sin tener como base a los paradigmas principalmente europeos que se han desarrollado sobre las Representaciones Sociales.

convertirse en lo que las personas esperan y así de ser víctima convertirse en culpable de alguna mala conducta y por lo tanto acreedor a un castigo como el haber contraído SIDA.

En este sentido se puede observar el proceso de estigmatización sobre el SIDA entre las dos posiciones actuantes; la del sujeto que desacredita y la del sujeto desacreditado, los cuales comparten una creencia, solo que uno estigmatiza y el otro se asume estigmatizado.

#### **2.2.4. Temas y factores hacia la comprensión del proceso de estigmatización del SIDA**

Del tiempo en que sucede la infección por VIH pueden transcurrir un período prolongado, entre 5 a 10 años donde puede o no aparecer síntomas. En este caso, la persona es portadora, e incluso desconocer este estado, pero transmitir el virus a otras personas. El diagnóstico de SIDA, se da cuando en una persona portadora del VIH, aparecen manifestaciones clínicas, inmunológicas y epidemiológicas específicas que indican la aparición del síndrome, es decir, padece una o varias enfermedades oportunistas, debido al deterioro del aparato inmunológico. (Del Río, Guamer, Hermida, et. al., 1998).

En la etapa asintomática o con síntomas menores, el infectado por VIH puede tener una vida normal, biológicamente hablando, este período se puede alargar por muchos años, en la actualidad, con la aplicación de medicamentos como los Inhibidores de Proteasa en combinación con otros medicamentos (cócteles antirretrovirales) que son altamente efectivos, pero también elevadamente costosos.

El diagnóstico de VIH, además de ser un diagnóstico de muerte a largo plazo, conlleva implicaciones sociales particulares que derivan en el estigma de los infectados, parte de ello por la mala información que se tiene de la epidemia; las creencias y prejuicios que se han formulado en torno al SIDA.

Por citar algunos ejemplos, en una encuesta realizada por CONASIDA en la Cd. de México (Izazola y Tolbert, 1994), de 8,068 encuestados, el 19% aún piensa que es una enfermedad

exclusiva de homosexuales, 25.2% que se puede contraer en baños públicos, y 27% que se puede contraer por el contacto diario con una persona infectada.

Este tipo de aseveraciones han provocado que el portador de VIH, además de sufrir los síntomas propios de la enfermedad, los cuales pueden no aparecer por un largo periodo, tiene que enfrentarse a consecuencias sociales de estos estigmas, situación que va en deterioro de su calidad de vida.

Relaciones en el trabajo con la pareja, la familia y los amigos se ven afectados en la vida cotidiana, de tal manera que el infectado por VIH llegue a tener una doble vida, una donde encare su enfermedad y otra donde la tenga que ocultar. En términos de Goffman (1963) tiene la perspectiva que, aunque no sea perceptible por quién lo rodea está en la situación de ser desacreditable o cuando su condición llega a ser evidente será desacreditado. En ambos casos sujeto de estigma.

Desde sus inicios, el SIDA y todo lo que de ello implica, se ha caracterizado por ser una enfermedad profundamente estigmatizable que ha provocado reacciones negativas hacia las personas que lo adquieren.

A pesar de los esfuerzos que se han hecho en todo el mundo por informar correctamente sobre medidas de prevención, aminorar el miedo y la hostilidad hacia el SIDA, en la mayoría de los casos se han obtenido resultados pobres y la epidemia sigue siendo un tema polémico, al cual se han agregado opiniones muy diversas, distorsionadas y polarizadas.

Los factores que han contribuido a esta confusión, entre los que podemos considerar como principales:

- El SIDA aparece en la era en que se tenía pensado que el hombre y el avance científico tenía control sobre las enfermedades infecciosas mortales, que provocaban grandes epidemias, la peste por ejemplo, (Tamayo, 1985, cit en Ramos 1989).

- Desde sus inicios y hasta la fecha no se ha encontrado una cura y en todos los casos es mortal y la expectativa de encontrarla es incierta. Basta que se considere una enfermedad como un misterio para temerla intensamente (Sontag, 1989)
- Antes de que se conociera que la enfermedad era provocada por un virus, en los primeros casos se fueron encontrando factores comunes en grupos específicos: homosexuales y drogadictos intravenosos que en la mayoría de los casos tenían alguna enfermedad de transmisión sexual, por lo que al principio de la epidemia, surgió el término de *grupos de riesgo*, que si bien pretendía clasificar patrones de la enfermedad, al usarse como término de dominio público identificó a ciertas personas como los portadores del nuevo mal, a diferencia del público en general (Herek y Glunt, 1988).
- Aún así, las estadísticas siguen señalando que la mayor incidencia en la actualidad continúa siendo en personas con este tipo de prácticas, en el caso de México, homosexuales y bisexuales son los más afectados, representando el 45.3% de los casos, registrados a junio de 1999, casi la mitad de los casos en el sexo masculino. Por lo que el dato científico se encuentra atrapado en la interpretación popular de atribuciones que se a las personas con estas prácticas sexuales.
- La alta incidencia de VIH en homosexuales ha provocado en primera sacar a la luz pública el tema, acrecentando una homofobia a tal grado que ser portador de VIH puede ser sinónimo de homosexualismo y por ende extrapolar el estigma de un grupo a otro, ser homosexual y/o ser portador del VIH.
- Con el progreso de la epidemia cada día crece el número de infectados en cualquier grupo social, siendo la principal causa de contagio por vía sexual, por lo que hablar de SIDA es también hablar de sexualidad y de categorizaciones morales como promiscuidad, falta de higiene, depravación, etc. La transmisión del SIDA supone actos privados con consecuencias públicas (Castro, 1988).

- El SIDA como noticia siempre ha sido un tema rentable y en la mayoría de los casos la información generada a través de los medios masivos de comunicación carece de ser seria y bien documentada, soliendo ser amarillista y tendenciosa. (Galvan, 1988; Rico, Bronfman y Del Río, 1995)
- La promoción del uso de condón como medida de prevención para evitar el VIH, ha suscitado un gran debate, porque implica un cambio substancial en los hábitos y conductas sexuales y el reconocimiento de una vasta diversidad sexual la cual tiene múltiples formas de expresión. Ante ello han surgido sectores de opinión opuestos entre sí; los que promueven prácticas de sexo seguro o sexo protegido y una actitud más responsable hacia el ejercicio de la sexualidad y otros que se inclinan por la monogamia heterosexual y la castidad como la única solución, tomando la prevención del SIDA como motivo para *UNA PREOCUPACIÓN POR EL ORDEN MORAL Y EL REGRESO A VALORES ORTODOXOS* (Ramos y Díaz-Loving, 1992).
- Los valores morales y los valores religiosos están estrechamente vinculados, de tal manera que unos sirven para justificar a otros y con ellos crear una fuerte ideología. González (1994) sostiene que se pueden identificar en México a más de cien grupos conservadores cuya ideología, afín a las doctrinas del pontífice Juan Pablo II, los lleva a oponerse al aborto, a los métodos anticonceptivos, a las relaciones pre o extraconyugales, al divorcio, a la masturbación, a los derechos de las minorías sexuales, a la educación sexual a la que califican de pornografía, así como a las campañas de prevención del SIDA con información explícita sobre el condón y el sexo seguro debido a que incitan a la promiscuidad y al libertinaje. Estos grupos influyen con gran fuerza en forma directa o indirecta en las creencias de la sociedad en su conjunto y con ello obstaculizan la prevención adecuada del SIDA.

En esta revisión teórica finalmente se han mencionado los principales factores que subyacen en torno al SIDA, para que ésta se vuelva una complicada y difícil situación social, a la que es necesario su estudio para la comprensión y distensión de esta problemática como aporte de la Psicología Social.

A pesar del surgimiento de medicamentos y terapias que permiten una vida más prolongada y de mejor calidad de las personas infectadas por el VIH, aún en la actualidad, para la gran mayoría de la población, el SIDA es un hecho literal de muerte, por lo que de entrada provoca un intenso temor y por ende rechazo hacia el tema. La falta de una cura y su origen poco claro, han ocasionado la creación de creencias y justificaciones en torno de las personas afectadas por el VIH.

Los acontecimientos sobre como apareció y se ha desarrollado la epidemia del SIDA, y el desarrollo de la información científica sobre ésta, se han transformado pasando de un conocimiento científico a múltiples interpretaciones populares; donde se permean distorsiones sobre los hechos, ya que se abordan temas considerados tabú homosexualidad, sexo, drogadicción, etc., que en muchos casos son situaciones que parecen lejanas a las personas, además de ser temas donde resurge la moralidad y la religión para sus justificación, ante una explicación científica que por ser compleja no satisface a la población común.

Esta perspectiva se vuelve más intensa por la cultura tradicional y en muchos casos conservadora que tiende en los sujetos a adoptar respuestas hostiles hacia el fenómeno y la necesidad de encontrar "culpables" o justificaciones morales que permitan la conservación de sus ideologías e integridad de sus valores. De tal manera que se suscitan un conjunto de creencias que independientemente que sean correctas o no, están adaptadas al entorno del individuo, y le permiten explicar el fenómeno (en este caso el SIDA), sin entrar en contradicción con lo que siempre ha creído.

Estas creencias una vez configuradas, con el sentido aditivo de asociación que anteriormente se señaló, permiten tener una postura del individuo, para responder o estar predispuesto hacia una eventual situación donde se vea involucrado con algo relacionado con el SIDA o con alguien con SIDA. En esta parte del proceso cognitivo, pueden surgir manifestaciones hostiles en diferentes magnitudes, que van desde no hablar del tema, hablar negativamente, discriminar, o en un nivel exacerbado, agredir físicamente. Este proceso de

configuración de creencias y prejuicios lo podemos entonces englobar como el proceso de estigmatización, porque implica la diferenciación entre "nosotros y ellos", o más correctamente "nosotros los normales" y "ustedes los culpables" (Gilmore y Somerville, 1994).

Es por ello que al estigmatizar el SIDA, se marca una distancia y diferenciación radical y ello dificulta una posición adecuada para asumir medidas de prevención y correcta comprensión de la enfermedad.

La estigmatización de las personas con SIDA, es un proceso que se muestra diferente en el ámbito grupal y en el ámbito individual, en algunos casos puede ser mas marcado y en otros pasar desapercibido o incluso no existir. Dependerá del grupo al que pertenece el individuo, de la influencia que sobre él realicen los grupos sociales a que pertenece, la experiencia personal que tenga sobre eventos o personas involucradas a la enfermedad, incluyendo la proximidad psicológica de estos eventos. Ya que no será la misma respuesta de los individuos que sólo tengan referencias lejanas de personas con VIH, que aquellas que hayan tenido un familiar cercano afectado por el SIDA. Por otra parte la moralidad y la religiosidad de las personas, influirán de manera determinante en su posición ante los infectados por el VIH.

El propósito general del presente estudio es el ubicar las creencias y los prejuicios que se tienen hacia las personas infectadas por el VIH, como fuente de estigmatización, y determinar si estas creencias y prejuicios son influidos por si la gente conoce a alguien con VIH, por profesar una religión y otras variables como por sexo, edad, escolaridad y grupo a que pertenece.

Como las sociedades están conformadas por diversos grupos, se centrará la atención en el presente estudio en solo tres sectores de población, elegidos por ser aquellos con los que las personas infectadas por el VIH tienen un contacto mas inmediato; el primer sector representa a la gente en común que de alguna forma podrá tener contacto o creará expectativas hacia las personas infectada por el VIH, las que se denominara población general. El segundo sector es el personal de salud; médicos, enfermero, laboratoristas, dentistas etc. quienes en

su trabajo tendrán o sabrán de algún paciente que esté infectado, de tal manera que esta relación paciente – médico puede verse afectada por las expectativas del propio personal de salud. El tercer sector representa a adultos jóvenes, que de acuerdo a las características de la epidemia en México, es el grupo social donde ocurre el mayor número de infecciones por VIH, principalmente por vía sexual.

Para poder abordar a estas poblaciones se tendrá que diseñar y validar un instrumento que permita medir creencias y prejuicios hacia el SIDA. Esta validación, así como los resultados obtenidos de su aplicación a las poblaciones antes mencionadas se detallan en los siguientes apartados del presente trabajo.

### **3. Método**

#### **3.1. Planteamiento del problema**

Desde su aparición, tanto socialmente como académicamente se ha considerado al SIDA como una enfermedad estigmatizante, (Galván, 1988, Castro, 1988, Malcolm, 1994, Goldin, 1994, p.e.). Aunque se da como hecho, este fenómeno bastante evidente, poco se ha estudiado desde la perspectiva psicosocial sobre todo en la población mexicana y mucho menos se ha obtenido alguna forma de medirlo.

Las personas infectadas por el VIH, prefieren por seguridad, mantener en anonimato su estado ya que muchas veces son sujetos de rechazo social, desacreditación y prejuicios, que llevan incluso a recibir maltrato y discriminación como despidos de su trabajo, negativa a recibir servicios médicos, expulsión del grupo social natural, señalamientos, y sanciones morales, entre otros. Jonathan Man, (cit. en Sepúlveda y Rico, 1989) habla de tres epidemias; la primera es la de los infectados, la segunda la de los casos y la tercera la del estigma y discriminación.

En general la sociedad en México es muy conservadora apegada a valores tradicionales y religiosos, situación que permite mayor generalización de creencias y prejuicios y por consiguiente un alta estigmatización de todo lo que gira alrededor del SIDA (Galvan, 1988).

Es por ello importante explicar con mayor detalle el fenómeno de estigmatización del SIDA y las personas afectadas, y sobre todo en estudios que aborden directamente algunos segmentos sociales que potencialmente conviven o convivirán con personas afectadas por el VIH. La presente investigación pretende realizar una contribución a la comprensión de esta problemática, por medio de la construcción de un instrumento de medición aplicado a estos segmentos sociales.

### **3.2. Preguntas de investigación**

Por ser un estudio de tipo exploratorio no se plantearon hipótesis sino interrogantes (Isaac y Michel, 1981):

1. ¿Cómo se establece la estigmatización hacia las personas afectadas por el VIH/SIDA?
2. ¿Cuáles son los factores psicosociales que intervienen para producirlo?
3. ¿Cuál es el significado psicológico de la palabra SIDA y su comparación con el significado psicológico de otras enfermedades como cáncer y diabetes?
4. ¿Las creencias y prejuicios que poseen las personas con respecto a los afectados por el VIH/SIDA son la fuente de esta estigmatización?
5. ¿Qué nivel de estigmatización, creencias y prejuicios hacia personas afectadas por el VIH/SIDA presentan diversos grupos de población y por características como sexo, edad, escolaridad, conocer a alguien con VIH, y profesar alguna religión.

### **3.3. Objetivos**

#### **3.3.1. Objetivo general**

Analizar y describir como se da la estigmatización hacia individuos infectados por VIH/SIDA, por medio de las creencias y prejuicios que presentan tres grupos de población; población general, personal de salud y estudiantes universitarios.

#### **3.3.2. Objetivos particulares**

1. Realizar una revisión teórica de como se establece la estigmatización hacia las personas afectadas por el VIH/SIDA
2. Describir los factores psicosociales que intervienen para producirlo
3. Identificar el significado psicológico de la palabra SIDA y su comparación con el significado psicológico de otras enfermedades como cáncer y diabetes
4. Realizar y validar una escala de creencias hacia el SIDA y una de prejuicios hacia el SIDA que son fuente de estigmatización

5. Determinar creencias y prejuicios que poseen las personas con respecto a los afectados por el VIH/SIDA como fuente de estigmatización?
6. Realizar comparaciones sobre el nivel de estigmatización, creencias y prejuicios hacia personas afectadas por el VIH/SIDA que presentan tres grupos de población; por sexo, edad, escolaridad, grupo a que pertenece, conocer a alguien con VIH, y profesar alguna religión.

Para lograr los objetivos que forman el presente estudio y así responder a las preguntas de investigación, el trabajo se dividió en varias partes; en el marco teórico, se cubren los objetivos particulares 1 y 2. El resto de los objetivos se cubre en el trabajo de campo efectuado el cual se reporta en la parte de los resultados en tres fases; I. Redes semánticas, II. Construcción y validación de instrumento y III. Análisis de la aplicación del instrumento de creencias y prejuicios hacia el SIDA. En cada apartado se indica el objetivo, sujetos, y método respectivo.

### **3.4. Variables de estudio y definiciones operacionales**

#### **3.4.1. De clasificación de los sujetos**

##### **a) Variables Sociodemográficas**

**Edad.** Se entiende como el periodo de tiempo en años transcurrido desde el nacimiento de cada persona hasta la etapa actual. Posteriormente para efecto de poder realizar comparaciones entre grupos se establecerán 4 rangos de edad: entre los 18 a 21 años, entre los 22 y 26 años, entre los 27 y 37 años y entre 38 y 65 años.

**Sexo.** Se entiende como la diferencia física constitutiva entre un hombre y una mujer.

**Escolaridad.** Se entiende como el grado máximo de estudios formales que refiere el sujeto.

b) Variables de interés del estudio que parten de antecedentes personales de los sujetos

Con la ocupación que refirió estar realizando el sujeto al momento de la entrevista se clasificó los tres grupos o sectores poblacionales de estudio.

**Grupo de estudio.** Divido en área social (población general), área de la salud (personal médico o paramédico) y área juvenil (estudiantes universitarios).

**Conocido con VIH.** Que el sujeto reporte haber conocido o no a alguien con VIH  
Relación cuando el sujeto conoce a alguien con VIH. Relación que tenía con la persona con VIH que tuvo referencia; Familiar Amistad, conocido, persona lejana.

En el caso de sujetos que conforma el grupo de personal de salud, se consideró importante obtener dos variables más;

**Profesa alguna religión.** El sujeto admite o no profesar alguna religión

**Que tanto la profesa.** En el caso afirmativo la evaluación subjetiva del sujeto de que tanto

### **3.4.2. De interés conceptual del estudio**

a.- Estigmatización de las personas afectadas por el VIH/SIDA, producto de creencias y prejuicios que presentan los sujetos.

Para la operacionalización de este constructo que permitieron establecer relaciones y descripciones del fenómeno en los diferentes grupos se orientaron los análisis por los siguientes conceptos:

**Estigma** (Goffman, 1962).

Marca social, producida por una serie de atributos socialmente no deseables y desacreditadores lo que produce una relación y diferenciación que pone en desventaja social y



psicológica a la persona que posee estos atributos. De tal manera que, un estigma es el resultado de las creencias y prejuicios que se tienen sobre estos atributos.

**Tipos de creencias (Pepitone, 1992).**

Las creencias son estructuras relativamente estables que representan lo que existe para el individuo más allá de la percepción directa. Son conceptos normativos creados en grupos y fuertemente enraizados culturalmente. Particularmente, las creencias son conceptos acerca de la naturaleza; las causas de cosas, personas, eventos y procesos cuya existencia es asumida.

**Prejuicio (Allport, 1959; Castro, 1988).**

Es una actitud, de aversión y de hostilidad hacia los miembros de un grupo basado simplemente en su pertenencia a él y la presunción de que cada miembro posee las características objetables atribuidas al grupo.

### **3.5. Tipo de estudio**

El presente es un estudio de tipo exploratorio, de campo y transversal. (Scott y Wertheimer, 1981. Isaac y Michael, 1981) debido a que se pretendió explorar como se constituye la estigmatización de sujetos con VIH en diferentes grupos de población por medio de la medición de creencias y prejuicios hacia personas afectadas por el VIH/SIDA. Las actividades se desarrollaron en campo, es decir, a través de acudir a los sujetos que conformaron las diferentes muestras de estudio. Las medidas se realizaron en un solo corte a través de la aplicación de los instrumentos diseñados para tal efecto.

### **3.6. Lugar de estudio**

El lugar para desarrollar las actividades de este estudio fue la ciudad de México. La razón objetiva por la que se eligió esta población es debido a que en ella se concentran el mayor número de casos de SIDA. 10,643 casos de SIDA a junio de 1999, representando el 26.8% de la epidemia en México (Dirección General de Epidemiología, 1999).

### 3.7. Sujetos

Para el estudio final, que se identifica como fase III, se utilizaron tres muestras independientes que cubren tres sectores, que de alguna manera podrían estar en contacto o crearán expectativas hacia las personas con VIH, definidas de la siguiente manera:

#### **Area social**

1. Población en general. Personas de diferentes empleos y/o oficios de 18 a 65 años.

#### **Area de la salud**

2. Personal de Salud. Médicos, Odontólogos, Enfermeras, Laboratoristas. De 18 a 65 años.

#### **Area estudiantil**

3. Estudiantes de nivel medio y medio superior de 18 años a 65 años.

Estas poblaciones fueron seleccionadas como se mencionó en el marco teórico, debido al interés e interrelación que puedan tener estos sectores con personas infectadas; el primer sector representa a la gente en común que de alguna forma podrá tener contacto o creará expectativas hacia las personas infectada por el VIH. El personal de salud, en su trabajo tendrá o sabrá de algún paciente que esté infectado, de tal manera que esta relación paciente – médico puede verse afectada por las expectativas del propio personal de salud, y el tercer sector representa a adultos jóvenes, que de acuerdo a las características de la epidemia en México, es el grupo social donde en donde ocurre el mayor número de infecciones por VIH, principalmente por vía sexual.

### **3.8. Criterios de inclusión-exclusión**

Se incluyen sujetos mayores de 18 años y hasta 65 años, que pertenezcan a alguno de los grupos mencionados en el punto anterior, y se excluyen aquéllos sujetos con trabajo este directamente relacionado con actividades de prevención al SIDA y/o atención a personas infectadas por el VIH, principalmente en el caso del personal de salud.

### **3.9. Tipo de muestreo y muestra**

Se describen a continuación las características de la muestras utilizadas en cada una de las tres fases del estudio;

#### **Fase I. Redes semánticas**

Para esta parte del estudio participaron 65 sujetos, estudiantes de preparatoria y universidad, seleccionados en un muestreo no probabilístico accidental (Zorrilla, 1990), 35 sujetos del sexo masculino y 30 del sexo femenino, con edad promedio de 22 años, en un rango de 18 a 27 años.

#### **Fase II. Construcción y validación del instrumento**

La muestra para esta fase estuvo constituida por 200 sujetos, con base en un muestreo no probabilístico accidental (Zorrilla, 1990); 94 de ellos hombres y 106 mujeres, 128 sujetos estaban en un rango de edad de entre 17 a 24 años, 39 sujetos entre 25 y 35 años, 19 sujetos entre 36 a 45 años y 14 sujetos entre 46 a 63 años. Teniendo una edad promedio de 26 años. Por escolaridad la muestra se distribuyó de la siguiente forma: 14 sujetos reportaron tener primaria o secundaria, 41 preparatoria o carrera técnica, y 143 licenciatura.

#### **Fase III. Análisis de la aplicación del instrumento de creencias y prejuicios hacia el SIDA.**

Para esta fase, la muestra la presente investigación la selección de sujetos se realizó por medio de muestreo no probabilístico accidental por cuota (Zorrilla, 1990), las cuotas o

muestras a cubrir son las tres áreas en las que se clasificaron los sujetos y quedaron distribuidas de la siguiente forma:

De un total de 454 sujetos; 140 sujetos (31%), constituyeron la muestra Población General, 159 (35%) la muestra Personal de Salud y 155 sujetos (34%) conformaron la muestra de Estudiantes Universitarios. Del total de sujetos 186 (41%) son del sexo masculino y 268 (59%) son del sexo femenino. El total de entrevistados habitan en el Distrito Federal (ver tabla 1).

**Tabla 1**  
**Sexo de los sujetos entrevistados**

	Población general		Personal de salud		Estudiantes universitarios	
	N	%	N	%	N	%
MASCULINO	67	47.0	59	37.1	60	38.7
FEMENINO	73	53.0	100	62.9	95	61.3
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>100</b>	<b>159</b>	<b>100</b>	<b>155</b>	<b>100</b>

En cuanto a la distribución por edad; 117 sujetos (25.8%) están entre los 18 a 21 años, 114 (25.1%) entre los 22 y 26 años, 112 entre los 27 y 37 años y 109 (24%) entre 38 y 65 años. Dos sujetos fueron descartados por tener 69 y 72 años respectivamente (ver tabla 2).

**Tabla 2**  
**Edad de los sujetos entrevistados**

RANGO DE EDAD	POB GNAL		PERSONAL SALUD		ESTUDIANTE	
	N	%	N	%	N	%
18 - 21	8	5.0	11	6.9	98	63.3
22 - 26	39	29.0	23	14.5	52	33.5
27 - 37	51	37.0	56	35.2	5	3.2
38 - 65	40	29.0	69	43.4		
<b>TOTAL</b>	<b>138</b>	<b>100</b>	<b>159</b>	<b>100</b>	<b>155</b>	<b>100</b>

La escolaridad de los entrevistados, en la muestra de población general hubo desde sujetos con primaria solamente, hasta sujetos con posgrado, en el caso del personal de salud, la escolaridad va desde bachillerato o carrera corta como es el caso de las enfermeras o laboratoristas técnicos, y médicos con especialidad o posgrado. En el caso de estudiantes

todos eran estudiantes universitarios de carreras diversas como Contaduría, Turismo, Psicología, Diseño Gráfico, solo 16 eran de primer semestre motivo por el cuál se clasificaron como bachillerato. La distribución porcentual se presenta en la siguiente tabla:

**Tabla 3**  
**Escolaridad de los sujetos entrevistados\***

GRADO ESCOLAR	POB GNAL		PERSONAL SALUD		ESTUDIANTE	
	N	%	N	%	N	%
PRIMARIA	8	5.8				
SECUNDARIA	12	8.8				
BACHILLERATO	39	28.5	34	21.4	16	10.3
LIC. INCOMP.	21	15.3	8	5.0	139	89.7
LICENCIATURA	56	40.9	87	54.7		
POSGRADO	1	0.7	30	18.9		
<b>TOTAL</b>	<b>137*</b>	<b>100</b>	<b>159</b>	<b>100</b>	<b>155</b>	<b>100</b>

\*Tres personas no contestaron a esta pregunta

### 3.10. Instrumento

Un primer paso para su elaboración consistió en la realización de redes semánticas (Figuroa, González, y Solís, 1981. Reyes Lagunes, 1993). sobre el concepto SIDA y otras enfermedades como Cáncer y Diabetes para establecer parámetros en las categorías de análisis y en la elaboración del instrumento. (ver el apartado de resultados fase I)

Con la información de las redes semánticas y el análisis del material teórico al respecto se diseñó un instrumento con dos escalas; una de creencias con 28 reactivos y otra de prejuicios sobre el SIDA con 30 reactivos, conformados por una serie de afirmaciones presentadas en una escala tipo Likert de cinco intervalos (acuerdo - desacuerdo). Para llegar al instrumento final se realizó una prueba piloto (ver el apartado de resultados fase II), donde de 107 reactivos originales se descartaron 49 por medio del análisis de reactivos de discriminación entre grupos contrastados y la confiabilidad por medio del alfa de Cronbach.

### **3.11. Procedimiento**

Para la fase I, se aplicó la metodología de redes semánticas en un grupo de una preparatoria y en dos grupos de universitarios. Para la obtención de los sujetos que conformaron las muestras en las fases II y III, se solicitó la cooperación de diferentes centros de trabajo (hospitales o clínicas familiares, principalmente del IMSS, ISSSTE y SSA) y centros universitarios (Facultad de Psicología, de la UNAM, y diferentes universidades particulares con las carreras de comunicación, turismo, derecho). Donde se seleccionó a los sujetos de manera accidental hasta cubrir la cuota establecida. En todos los casos se les pidió a los sujetos su participación garantizando la confidencialidad y anonimato que consistió en contestar el instrumento diseñado para la presente investigación. La administración del instrumento fue de manera colectiva o individual, y en todos los casos autoadministrada.

### **3.12. Tratamiento estadístico**

Sobre la forma de procedimientos estadísticos, se utilizó:

1. Análisis de frecuencias, medidas de tendencia y de dispersión, así como porcentajes de respuesta en cada grupo por cada reactivo.
2. Análisis factorial para determinar las dimensiones de cada escala y comprobar su validez de constructo.
3. Correlaciones entre las dimensiones resultantes que permitan establecer relaciones y descripciones.
4. Para las 2 escalas se realizó un análisis de varianza para comparar los grupos para identificar diferencias, utilizando la prueba  $t$  y el análisis de varianza de una vía, cuando se obtuvo significancia se probó a través de la prueba post hoc Sheffe.

## **4. Resultados**

### **4.1. Fase I**

#### **4.1.1. Redes semánticas de los conceptos cáncer, diabetes y SIDA.**

Un primer paso para su elaboración de la escala de creencias hacia el SIDA y la escala de prejuicios hacia el SIDA, consistió en la realización de redes semánticas sobre el concepto SIDA y otras enfermedades como Cáncer y Diabetes para establecer parámetros en las categorías de análisis y en la elaboración del instrumento, siguiendo los lineamientos que especifica Reyes Lagunes (1993), que permiten; a) Conocer el significado psicológico de uno o varios conceptos y b) identificar aquellas conductas o indicadores que la población meta considera al constructo de interés.

De esta manera y de acuerdo con la afirmación de Reyes (op. cit.) el instrumento se construye a partir de lo que la población dice y no solamente como parte de un proceso teórico de gabinete, lo cual garantiza su validez.

La comparación del concepto SIDA, con conceptos relativos a otras enfermedades, se realizó por dos motivos primero establecer la intensidad y fuerza que conlleva cada concepto, haciendo las comparaciones respectivas y segundo para que al momento de la aplicación de la técnica de redes semánticas el objeto central del estudio quedara disfrazado a los sujetos.

#### **4.1.2. Objetivo particular**

Identificar el significado psicológico de la palabra SIDA y su comparación con el significado psicológico de otras enfermedades como cáncer y diabetes

#### **4.1.3. Sujetos**

Para esta parte del estudio participaron 65 sujetos, estudiantes de preparatoria y universidad, seleccionados en un muestreo no probabilístico accidental (Zorrilla, 1990), 35 sujetos del sexo masculino y 30 del sexo femenino, con edad promedio de 22 años, en un rango de 18 a 27 años.

#### **4.1.4. Procedimiento**

Para su aplicación se utilizó el procedimiento original de Figueroa, González y Solís (1981). De manera grupal, se pidió a los participantes que una vez indicado el concepto, escribieran las palabras que de acuerdo a su opinión definen el concepto utilizando solo sustantivos, adjetivos, verbos, y adverbios, dándoles un minuto para esta actividad. Posteriormente se les pidió que jerarquizaran las palabras que habían escrito, asignándole un 1 a la palabra que más define al concepto, un 2 a la siguiente y así sucesivamente. El orden de presentación de las palabras estímulo fue: Cáncer, Diabetes, y SIDA. Para la selección de las palabras que conforma el conjunto SAM, a diferencia de la técnica original de Figueroa, se empleó la recomendación de Reyes Lagunes de utilizar un punto de quiebre, es decir, una vez graficados en forma descendente los Pesos Semánticos (PS), se toma solo aquellos hasta donde la curva adquiere un carácter asintótico, esto permite utilizar más palabras definidoras que las 10 establecidas en la técnica original.

#### **4.1.5. Resultados de las redes semánticas**

La riqueza de la red de SIDA fue mucho más extensa que los otros dos conceptos, al igual que la densidad de la red (tabla 4), esto es un indicador de que el concepto SIDA es un término mucho más complejo.

**Tabla 4**  
**Valores de la Redes Semánticas**

Palabra estímulo	Densidad de la Red	Tamaño de la Red	Punto de quiebre
<b>Cáncer</b>	27.67	132	24
<b>Diabetes</b>	26.56	138	22
<b>SIDA</b>	31.67	171	20

Los tres conceptos fueron definidos como enfermedad en primer lugar; sin embargo, las características positivas y negativas difieren mucho entre los tres conceptos.

El concepto cáncer es definido como: enfermedad, muerte, tumor, maligno, y peligroso. Atributos que le dan un significado de un mal que afecta fuertemente a quien lo posee, entre los sentimientos que se le asocian están: el dolor, el sufrimiento, la tristeza, la angustia y el malestar. Sin embargo, aparecen como atributos el que es curable o incurable. Este término también está identificado con otra connotación distinta como signo zodiacal (ver tabla 5).

El concepto Diabetes, está identificado como enfermedad y por tanto a las causas y sustancias del cuerpo que afecta con las definidoras: Azúcar, dulce sangre, insulina y hereditario. También a sus medidas de control; dieta, adelgazar, tratamiento, cuidado, presión, muerte, control, medicamento. Como se puede observar, en las palabras definidoras más importantes, no aparecen ni sentimientos ni emociones asociados, lo que dan cuenta de una representación del término como menos peligroso o agresivo (ver tabla 6).

El concepto SIDA, tiene la red más extensa, y por lo tanto el punto de quiebre fue mayor (ver tabla 7). Existe mucho más distancia entre la primera palabra definidora (enfermedad) que el resto de los conceptos, entre los cuales los podemos agrupar en cuando a que se define como una enfermedad transmisible (contagio, transmisión, transfusión, sangre) y fuertemente asociada a la muerte (incurable, muerte, mortal).

A diferencia de los dos términos anteriormente estudiados, se encuentran características muy particulares con sentimientos y emociones que pueden ser de gran magnitud psicológica con términos como; dolor, tristeza, e incluso que puedan dar cuenta de respuestas polarizadas como las definidoras rechazo y descuido. Principalmente estos dos conceptos pueden llevar a pensar que el término SIDA psicológicamente implica que, quien lo posee ha realizado una conducta que permitió su contagio, es decir esta enfermedad es atribuible al enfermo, a diferencia del Cáncer o la Diabetes en donde la adquisición no es atribuible al enfermo, incluso puede ser por herencia.

Esta situación se observa con mayor claridad, tomando en cuenta que dentro de las definidoras se encuentran conceptos como homosexualidad, prostitución, que se refiere a personas, o conductas que en algunos casos son socialmente reprobados o no tan fácilmente admitidos. La palabra sexo se encuentra en cuarto lugar de las definidoras, mostrando así la fuerte asociación cognitiva entre el SIDA y el sexo.

Finalmente, cabe resaltar que aparecen conceptos médicos que están estrechamente relacionados con la definición de SIDA como virus, VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) y síndrome.

**Tabla 5**  
**Red semántica del concepto cáncer**

DESCRIPTOR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	FREC	PS*	DSC*
ENFERMEDAD	0	0	0	0	0	0	1	1	4	23	29	281	100.00
DOLOR	1	0	0	0	5	3	4	3	3	0	19	123	43.77
MUERTE	4	2	1	1	1	0	3	1	1	0	14	58	20.64
TUMOR	0	0	0	0	0	2	0	2	0	3	7	58	20.64
MALIGNO	0	1	0	0	0	2	0	2	2	0	6	48	17.08
SIGNO ZODIACAL	2	1	0	0	0	1	0	1	2	1	8	46	16.37
CURABLE	0	1	1	0	1	1	1	2	0	0	7	39	13.88
QUIMIOTERAPIA	0	1	0	0	0	2	2	0	1	0	6	37	13.17
SUFRIMIENTO	1	0	0	2	2	0	0	1	1	0	7	36	12.81
INCURABLE	0	0	0	0	1	3	0	0	1	0	5	32	11.39
CELULA	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	4	30	10.68
MORTAL	1	1	0	2	0	0	0	0	2	0	6	29	10.32
HOSPITAL	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	5	27	9.61
TRISTEZA	2	1	0	0	0	1	0	1	1	0	6	27	9.61
ANGUSTIA	0	0	3	1	0	1	1	0	0	0	6	26	9.25
MAMA	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3	26	9.25
PELIGROSO	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	4	26	9.25
MALESTAR	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	3	24	8.54

\*Peso semántico

\*\* Distancia semántica cuantitativa

**Tabla 6**  
**Red semántica del concepto diabetes**

DESCRIPTOR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	FREC	PS*	DSC*
ENFERMEDAD	1	0	0	0	0	1	0	3	3	21	29	268	100.00
AZUCAR	0	0	1	0	1	0	2	7	6	3	20	162	60.45
INSULINA	0	2	1	1	1	1	0	2	3	2	13	85	31.72
SANGRE	0	0	0	2	2	0	2	0	2	0	8	50	18.66
PRESION	0	1	1	0	0	2	0	1	1	1	7	44	16.42
DIETA	0	0	1	2	2	1	2	0	0	0	8	41	15.30
CONTROLABLE	0	0	2	0	1	0	3	1	0	0	7	40	14.93
HEREDITARIO	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	4	31	11.57
NIVEL DE AZUCAR	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	4	31	11.57
ADELGAZAR	0	0	0	1	1	1	2	0	0	0	5	29	10.82
TRATAMIENTO	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	4	29	10.82
CUIDADO	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	4	28	10.45
MUERTE	2	0	0	1	0	1	2	0	0	0	6	26	9.70
AZUCAR ALTA	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	3	25	9.33
CONTROL	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	4	24	8.96
MEDICAMENTO	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	5	24	8.96
DULCE	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	3	22	8.21

\*Peso semántico

\*\* Distancia semántica cuantitativa

**Tabla 7**  
**Red semántica del concepto SIDA**

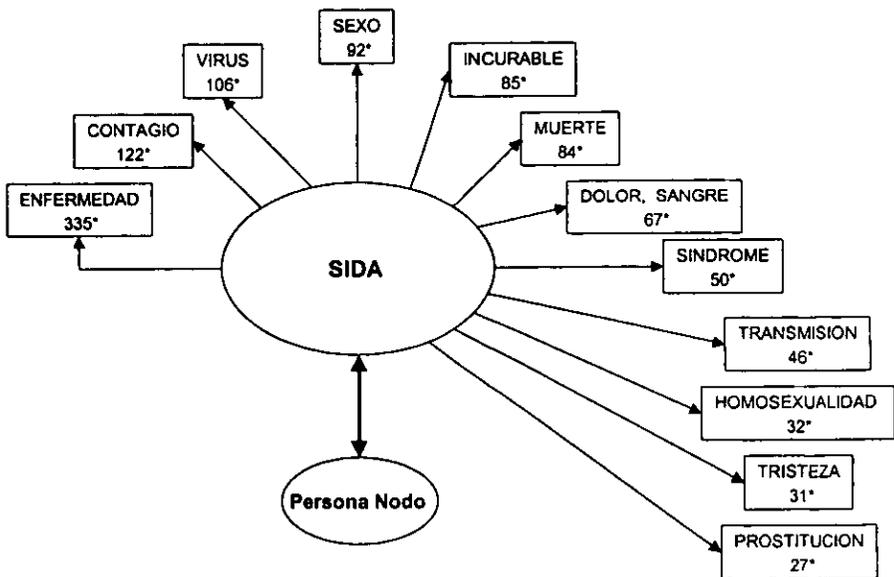
DESCRIPTOR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	FREC	PS*	DSC*
ENFERMEDAD	1	0	3	4	14	3	1	2	2	18	48	335	100.00
CONTAGIO	2	5	6	5	2	1	3	2	1	1	28	122	36.42
VIRUS	0	5	2	1	4	0	3	1	3	1	20	106	31.64
SEXO	0	0	6	2	2	2	2	0	0	3	17	92	27.46
INCURABLE	1	1	5	2	1	2	1	1	3	0	17	85	25.37
MUERTE	7	3	1	1	3	0	3	0	2	1	21	84	25.07
DOLOR	0	1	1	2	4	3	1	0	1	0	13	67	20.00
SANGRE	3	0	0	2	1	3	1	1	2	0	13	67	20.00
MORTAL	4	2	3	2	1	0	0	2	1	0	15	55	16.42
SINDROME	0	1	1	0	2	1	0	0	1	2	8	50	14.93
TRANSMISION	2	2	0	1	1	1	1	0	2	0	10	46	13.73
HOMOSEXUALIDAD	2	0	0	1	0	0	0	1	2	0	6	32	9.55
VIH	1	1	0	0	0	0	0	0	1	2	5	32	9.55
TRISTEZA	1	1	0	2	1	0	1	1	0	0	7	31	9.25
PROSTITUCION	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	27	8.06
CONDON	0	4	0	1	1	0	0	0	1	0	7	26	7.76
SINTOMAS	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	4	26	7.76
TRANSFUSION	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	4	26	7.76
RECHAZO	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	5	21	6.27
DESCUIDO	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	4	20	5.97

\*Peso semántico

\*\* Distancia semántica cuantitativa

En el gráfico 1, se muestra la red semántica obtenida del concepto SIDA, se puede observar que el concepto en la muestra que se tomó para el presente estudio, que fue obtenida con población mexicana, discrepa en algunos elementos y mantiene similitudes con la propuesta de Pryor y Reder (1993) la cual fue comentada en el marco teórico del presente trabajo.

**Gráfico 1**  
**Red semántica de la palabra SIDA**



Red semántica de la palabra SIDA  
\*Peso Semántico

Las discrepancias más importantes son la omisión de personas o grupos que no son directamente relacionados en la población mexicana con el SIDA, como; los negros, hispanos y usuarios de drogas. Esto concuerda con la evolución de la epidemia en México, donde el número de infectados debido al uso de drogas inyectables es mínimo. Por otra parte los conceptos hispano y negros son de uso importante en Estados Unidos para distinguir a los diversos grupos raciales que lo conforman.

En cambio se conservan en ambos esquemas la asociación del SIDA como una **enfermedad, incurable, contagiosa, mortal**, relacionada al **sexo**, a personas **homosexuales** o a mujeres **prostitutas**, donde esta implicado el **descuido** y puede provocar **rechazo**. Todos estos son conceptos con los que finalmente se redactaron las afirmaciones que compondrían los reactivos de las escalas de creencias y prejuicios hacia el SIDA.

Con esta información se redactó las afirmaciones para las escalas de creencias y prejuicios sobre el SIDA, por ejemplo:

- Se debe sancionar a los infectados con el VIH para evitar que se siga propagando la **enfermedad**
- Los infectados con VIH/SIDA deberían revelar su **enfermedad**
- El SIDA es un castigo para las **prostitutas**
- El SIDA es exclusivo de **homosexuales**
- La **homosexualidad** no es un pecado
- El SIDA es la peor **muerte** que le puede pasar a alguien
- La **sexualidad** es un tema que debe hablarse abiertamente
- El SIDA se originó por la conducta **sexual** de los **homosexuales**
- **Rechazo** a los drogadictos principalmente porque pueden tener SIDA
- Evitaré el **contacto** con personas infectadas con VIH/SIDA

## **4.2. Fase II**

### **4.2.1. Construcción y validación de las escalas de creencias y prejuicios hacia el SIDA.**

A partir de la información obtenida en el marco teórico y en la red semántica de SIDA, se diseñó un instrumento con dos escalas una que contiene creencias y otra sobre prejuicios hacia personas afectadas por el SIDA, que conforme a los capítulos teóricos de esta investigación son la fuente para el desarrollo de la estigmatización hacia personas infectadas con el VIH. El instrumento final fue conformado por una serie de afirmaciones que, según el criterio de cada sujeto tendrán que señalar su posición en una escala tipo Likert de cinco intervalos, con opciones de respuesta acuerdo - desacuerdo.

El instrumento se diseñó para evaluar creencias y prejuicios que puedan ser sobregeneralizadas, estereotipadas y por ende conduzcan a las estigmatización de los infectados y/o enfermos con VIH. Lo que permitió ubicar conforme a las respuestas, diferentes concepciones acerca de los infectados y/o enfermos con VIH, y por ende si están siendo estigmatizados por los entrevistados.

Para tal efecto se partió de la base que, en la medida que un sujeto responda en un sentido afirmativo a los enunciados de ambas escalas, tendrá una concepción estigmatizadora alta hacia los infectados y/o enfermos con VIH. Por el contrario, si un sujeto responde en sentido negativo hacia los enunciados tendrá una concepción estigmatizadora baja sobre los infectados y/o enfermos con VIH.

#### **4.2.2. Objetivo particular**

Realizar y validar una escala de creencias hacia el SIDA y una de prejuicios hacia el SIDA que son fuente de estigmatización.

#### **4.2.3. Sujetos**

La muestra para esta fase estuvo constituida por 200 sujetos, con base en un muestreo no probabilístico accidental (Zorrilla, 1990); 94 de ellos hombres y 106 mujeres, 128 sujetos estaban en un rango de edad de entre 17 a 24 años, 39 sujetos entre 25 y 35 años, 19 sujetos entre 36 a 45 años y 14 sujetos entre 46 a 63 años. Teniendo una edad promedio de 26 años. Por escolaridad la muestra se distribuyó de la siguiente forma: 14 sujetos reportaron tener primaria o secundaria, 41 preparatoria o carrera técnica y 143 licenciatura.

#### **4.2.4. Procedimiento**

##### **a) Construcción del instrumento**

Para conformar los enunciados se recurrió a tres fuentes principales:

1. Aplicación de la técnica de redes semánticas en sujetos jóvenes sobre el concepto de SIDA, tomando los descriptores con mayor peso semántico.
2. Se captó información sobre fuentes documentales e investigaciones previas sobre creencias, prejuicios y estigma acerca del SIDA (Castro, 1988; Herek y Glunt, 1988; Echebarria y Paez, 1989; Ramos y Díaz Loving, 1992).
3. Una vez realizados 107 reactivos, se solicitó a 5 Jueces (Investigadores, Psicólogos y trabajadores sociales de CONASIDA) que asignaran en cada reactivo si éste era en sentido positivo o sentido negativo, para contar con un instrumento que estuviera balanceado.

Con esta información se establecieron las categorías que conforman cada escala que conformó el plan de prueba, definiéndolas de la siguiente manera:

**Tipos de Creencias** (Pepitone, 1992; Fishbein, 1990):

**Morales.-** En esencia tienen que ver con los estados de bondad y rectitud y como lograr dichos estados. Están estrechamente ligadas con la noción de justicia que engloba diferentes aspectos, la equidad social, la distribución de recursos, el aliviar el sufrimiento, la justicia, etc., esencialmente, subyace la valoración sobre recompensa y castigo.

**Religiosas.-** Incluyen objetos y lugares sagrados así como eventos sobrenaturales como la resurrección, la reencarnación y una gran variedad de entidades dioses, ángeles, espíritus, etc. Las creencias religiosas están fuertemente relacionadas con las creencias de control de eventos que suceden en la vida, el destino y el orden divino.

**Contextuales.-** Adicionalmente se agregó a la clasificación de Pepitone y que coincide en parte con el concepto de creencias inferenciales de Fishbein. Esta categoría se referirá a aquellas creencias que tienen que ver en su formación con el medio ambiente en donde se desarrolla el sujeto, ya sea su entorno social así como la información provenientes de fuentes externas, por ejemplo lo que la gente cercana a él (familiares, amigos, autoridades) dice u opina sobre un determinado evento.

**Psicológicas.-** Se refieren a procesos mentales o estructuras de uno mismo o de otros que determinan o facilitan ciertos resultados. Creencias sobre el control personal como la **fuerza de la voluntad** o **la mente sobre la materia**, así como la expresión de sentimientos y emociones acerca del objeto a evaluar.

**Grados de Prejuicio** (Allport, 1959; Castro, 1988):

**Rechazo y esquivamiento** (prejuicio bajo). Hablar mal, la mayoría de la gente con prejuicios hacia un grupo habla de él, con amigos que piensan de igual modo, a veces también con extraños, expresan su antagonismo libremente. En contraparte, el esquivamiento lleva al individuo a evitar el contacto con los miembros del grupo que le desagrada. En este caso, la persona prejuiciosa no infringe ningún daño directo al grupo que le disgusta.

**Discriminación** (prejuicio medio). Por el contrario del anterior, las personas con prejuicio más elevado tienen una alta probabilidad de llevar a la práctica, de modo activo una distinción hecha en detrimento de algún grupo, como excluir de empleo, zona de residencia, hospitales o privar de sus derechos básicos.

**Ataque** (prejuicio alto). El prejuicio alto predispone al sujeto a llevar a contactos de violencia o semi-violencia y en un grado más elevado en casos que pueden llegar a ser extremos como los linchamientos o matanzas.

Conforme a la revisión teórica realizada se formuló que el proceso de estigmatización será producto de las creencias erróneas y prejuicios que se generen en los sujetos que responden al presente instrumento con respecto al SIDA.

#### **b) Validación del instrumento**

Para validar los reactivos que conformaron cada escala se procedió a realizar una prueba piloto con 107 reactivos, 50 de la escala de creencias y 57 de la escala de prejuicios, que conformaban las categorías arriba señaladas (ver tabla 8). El total de reactivos fue aplicado a 200 sujetos, de forma autoadministrada y colectiva.

El instrumento final contiene 28 reactivos de la escala de creencias y 30 de la escala de prejuicios. Para hacer la selección de estos reactivos, se escogieron aquellos que discriminan individualmente entre los sujetos que obtienen calificaciones totales altas y los que obtienen calificaciones totales bajas, este procedimiento es conocido como análisis de reactivos de discriminación entre grupos contrastados.

**Tabla 8**  
**Plan de prueba**

Categoría	Reactivos antes de la prueba piloto		Reactivos después de la prueba piloto		Total de reactivos finales
	+	-	+	-	
Dirección del reactivo					
<b>Escala de creencias hacia personas con el VIH</b>					<b>28</b>
1.1 Morales	4	6	1	4	5
1.2 Religiosas	6	6	2	4	6
1.3 Contexto	5	6	3	3	6
1.4 Psicológicas	10	10	4	7	11
<b>Escala de prejuicios hacia personas con el VIH</b>					<b>30</b>
2.1 Rechazo y esquivamiento	12	12	7	7	14
2.2 Discriminación	6	8	4	5	9
2.3 Ataque físico	7	9	3	4	7
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>57</b>	<b>24</b>	<b>34</b>	<b>58</b>

Para formar los grupos de contraste se escogieron el 25% de puntajes más bajos y el 25% de puntajes más altos, a los cuales se les aplicó la prueba t de Student para comparar las medias, escogiéndose aquellos reactivos que presentaron una t significativa. Para apoyar este el criterio de selección se utilizó el procedimiento de tablas cruzadas, para comparar las direccionalidad de frecuencias, en el entendido que los mejores reactivos las frecuencias deberían estar cruzadas o encontradas entre el grupo alto y bajo. Finalmente se aplicó el alfa de Cronbach en cada escala para calcular la confiabilidad de su consistencia interna, De la escala de creencias se quitaron 3 reactivos que producían valores alfa bajos, y se considero al reactivo No. 13 como negativo en vez de positivo como estaba planteado originalmente, debido a la forma en que correlacionaba con los demás reactivos. La escala final de creencias tiene un alfa de 0.8164 y la escala de prejuicios un alfa de 0.8222.

En el apéndice 1 se presentan los 107 reactivos originales agrupados por categorías y en cada reactivo se señala si cumple con los criterios de las tablas cruzadas, la t de Student y si fue seleccionado para el instrumento final, identificando con un (\*) los reactivos eliminados por el alfa de Cronbach. En la versión final del instrumento, los reactivos de ambas escalas fueron distribuidos aleatoriamente para su presentación final a los entrevistados (ver apéndice 2).

### **4.3 Fase III**

#### **4.3.1. Análisis de la aplicación del instrumento de creencias y prejuicios hacia el SIDA.**

Se procedió a realizar un análisis factorial para la escala de creencias y otro de la escala de prejuicios, con el objeto de identificar dimensiones de reactivos que caractericen formas de respuestas de los sujetos estudiados y comparar estas con las áreas que teóricamente se propusieron al construir el instrumento. Inicialmente se pensó en realizar solamente el análisis factorial con el total de los sujetos que conforman el estudio, pero con ello se limitaba a las dimensiones resultantes del análisis factorial sin tomar en cuenta las variaciones o matices que se pudieran suscitar en cada uno de los grupos estudiados, los cuales presentan características diferentes, en formación académica, ocupación y edad por lo que también se consideró pertinente e interesante realizar análisis factoriales por cada escala por la muestra denominada población general, por la de personal de salud y por la de estudiantes, esto permitió obtener más riqueza en los datos y como se podrá observar diferencias importantes. En cada factorial se presenta un cuadro de correlaciones entre los factores que la integran.

Para realizar las comparaciones entre variables se utilizó el factorial de creencias y el de prejuicios con el total de sujetos entrevistados. Finalmente se consideró de importancia incluir un análisis por reactivo comparando porcentajes de acuerdo en cada grupo.

#### **4.3.2. Objetivos específicos**

Determinar creencias y prejuicios que poseen las personas con respecto a los afectados por el VIH/SIDA como fuente de estigmatización

Realizar comparaciones sobre el nivel de estigmatización, creencias y prejuicios hacia personas afectadas por el VIH/SIDA que presentan tres grupos de población; por sexo, edad, escolaridad, grupo a que pertenece, conocer a alguien con VIH, y profesar alguna religión.

#### **4.3.3. Sujetos**

De un total de 454 sujetos seleccionados en un muestreo no probabilístico accidental por cuotas (Zorrilla, 1990); 140 sujetos (31%), constituyeron la muestra Población General, 159 (35%) la muestra Personal de Salud y 155 sujetos (34%) conformaron la muestra de Estudiantes Universitarios. Del total de sujetos 186 (41%) son del sexo masculino y 268 (59%) son del sexo femenino. El total de entrevistados habitan en el Distrito Federal.

#### **4.3.4. Análisis factorial de la escala de creencias**

Se utilizó el análisis factorial de componentes principales, con rotación Varimax, incluyendo al total de los sujetos entrevistados (454), donde la rotación Varimax convergió en 10 iteraciones obteniéndose 4 factores, tomando en cuenta el punto de quiebre, los valores Eigen mayores a 1 y la claridad conceptual. Los cuales explican el 37.3% de la varianza total de la escala. De los 28 reactivos que contiene la escala, 18 reactivos resultaron incluidos en alguno de los 4 factores por tener carga factorial mayor a 0.40. Presentando una consistencia interna por medio del alfa de Cronbach de 0.7847. A los factores obtenidos se les denominó de acuerdo a su contenido conceptual, misma que se puede observar en la tabla 9.

Los dos primeros factores contienen reactivos con sentido negativo, sin embargo las puntuaciones promedio en cada uno de ellos es menor a tres, es decir, se concentran en respuestas de "En desacuerdo" y "Totalmente en desacuerdo", esto nos indica que al evocar el tema de SIDA, las personas asocian primeramente creencias con aspectos negativos hacia el SIDA y las personas con VIH, independientemente que estén en desacuerdo con ellos, como sucede en una gran proporción de casos.

En el primer factor, los reactivos de las áreas de creencias religiosas y creencias morales están estrechamente entrelazados mostrando que en nuestro país, frecuentemente se confunden, por lo que es difícil su discriminación como dimensiones diferentes.

**Tabla 9**  
**Resultados del análisis factorial de la escala de creencias hacia el SIDA**  
**con el total de sujetos entrevistados (n= 454)**

AREA	D*	PREGUNTA	MEDIA	Peso Factorial
<b>Factor 1</b>		<b>Creencias Moral y Religiosa (x =2.20)**</b>	<i>Alfa=0.7373</i>	
V49	-	El SIDA es el producto de la promiscuidad actual de la sociedad	1.35	0.69877
V19	-	El SIDA es la respuesta de la naturaleza ante las desviaciones de la sociedad actual	2.39	0.65697
V31	-	El obedecer los designios de dios nos protegerá del SIDA	1.94	0.60826
V41	-	Quien contrae el SIDA es porque desobedeció los mandatos de Dios	1.61	0.60597
V51	-	El SIDA es debido a la falta de orden moral	2.14	0.56876
<b>Factor 2</b>		<b>Negación y lejanía del SIDA (x =2.14)</b>	<i>Alfa=0.7252</i>	
V43	-	Las personas con las que convivo no contraerán SIDA	2.07	0.77730
V50	-	En mi familia no existirá un infectado por VIH	2.40	0.73363
V45	-	Contraer SIDA es un fracaso en la vida	2.30	0.53663
V42	-	Las personas con valores y buena moral no contraerán SIDA	1.79	0.46317
<b>Factor 3</b>		<b>Apoyo y comprensión hacia persona con VIH (x=4.48)</b>	<i>Alfa=0.6217</i>	
V32	+	Para controlar al SIDA se debe educar a la Sociedad	4.65	0.76531
V33	+	Un portador de VIH requiere del apoyo de su familia	4.68	0.69652
V35	+	Los infectados por VIH también son Hijos de dios	4.24	0.60008
V38	+	Se debe ser comprensivo con los infectados por VIH	4.41	0.49495
V37	+	Cualquier persona se puede contagiar de SIDA	4.44	0.48821
<b>Factor 4</b>		<b>Creencias emocionales negativas (x=2.59)</b>	<i>Alfa=0.4525</i>	
V15	-	Me deprime el tema del SIDA	2.57	0.64013
V02	-	No me gustaría conocer a alguien con SIDA	2.10	0.59980
V44	-	El SIDA es la peor muerte que le puede pasar a alguien	2.91	0.50253
V14	-	Tener el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es igual a tener SIDA	2.79	0.42971

\*Dirección del reactivo

\*\* la media de cada factor fue dividida entre el número de reactivos para simplificar su interpretación, de esa manera las medias reportadas están en un rango de 1 a 5.

Aunque en este análisis factorial, sólo hay una dimensión positiva, donde se concentran diferentes creencias que, principalmente, apoyan a las personas con VIH, las respuestas concuerdan ampliamente. Las puntuaciones en el factor positivo son a favor y en los factores negativos, las puntuaciones son en contra.

#### **4.3.5. Análisis factorial de la escala de prejuicios hacia el SIDA**

Al igual que en la anterior escala, se utilizó el análisis factorial de componentes principales, con rotación Varimax, incluyendo al total de los sujetos entrevistados (454) la rotación Varimax convergió en 20 iteraciones obteniéndose 4 factores, tomando en cuenta el punto de quiebre, los valores Eigen mayores a 1 y la claridad conceptual. Los cuales explican el 31.9% de la varianza total de la escala, incluyendo a 17 reactivos por tener carga factorial mayor a 0.40 con un alfa de Cronbach de 0.8017, a los factores obtenidos se les denominó de acuerdo a su contenido conceptual, mismo que se puede observar en la tabla 10.

De los cuatro factores que conforman este análisis de las respuestas del total de sujetos entrevistados, solamente el segundo agrupa reactivos en sentido negativo que caracterizan diversas conductas de prejuicio por lo que se denominó "prejuicio hacia las personas con VIH", donde las puntuaciones promedio no superan el 2, es decir la mayoría de las respuestas, en este factor se ubican en el rango de "Desacuerdo " o "Completamente en desacuerdo".

Por el contrario, en los factores positivos las respuestas están en un valor medio de 4, es decir, en un rango de respuesta "De acuerdo" o "Completamente de acuerdo", El primer factor que por si solo representa el 17% de la varianza, se refiere a una actitud favorable hacia personas con VIH o lo que también se podría denominar "no prejuicio"; en el tercer factor se combinan reactivos positivos y negativos, que correlacionan inversamente, en una dimensión que se denominó "Integración social de persona con VIH". El factor 4, se refiere a derechos que tienen las personas que viven con VIH. Cabe resaltar que reactivos que contenían elementos de prejuicios mas fuerte no fueron contemplados en el factorial, lo que indica que al menos en la muestra del presente estudio, no se encontró prejuicio alto.

**Tabla 10**  
**Resultados del análisis factorial de la escala de prejuicios hacia el SIDA**  
**con el total de sujetos entrevistados (n= 454)**

AREA	D*	PREGUNTA	MEDIA	Peso Factorial
<b>Factor 1</b>		<b>Actitud favorable hacia las personas con VIH (x=4.38)**</b>	<i>Alfa=0.6595</i>	
V20	+	Se debería hablar sobre SIDA para educar	4.61	0.70155
V18	+	Se debería ayudar a vivir a los infectados con VIH/SIDA	4.32	0.62249
V22	+	Un infectado por el VIH debe tener contacto con los demás	4.18	0.60091
V21	+	Saludaría a un infectado con el VIH	4.44	0.55876
<b>Factor 2</b>		<b>Prejuicio hacia las personas con VIH (x=1.75)</b>	<i>Alfa=0.6050</i>	
V04	-	Únicamente les interesa hablar de SIDA, a quienes están en riesgo de contraerlo	1.57	0.65282
V05	-	Cambiaría de lugar de trabajo si supiera que un compañero está infectado con VIH	1.57	0.53579
V29	-	Se debe sancionar a los infectados con el VIH para evitar que se siga propagando la enfermedad	1.72	0.47090
V55	-	Los Sidosos se deben de separar del resto de la población	1.83	0.46934
V40	-	Los enfermos de SIDA deben extinguirse	2.03	0.41038
<b>Factor 3</b>		<b>Integración social de personas con VIH (x=3.09)</b>	<i>Alfa=0.5931</i>	
V53	+	Aceptaría en mi trabajo a personas que estén infectados con VIH/SIDA	3.94	0.64357
V06	+	Una persona con SIDA puede tener relaciones sexuales protegidas	3.57	0.52775
V39	+	Seguiría teniendo amistad con una persona aunque tuviera SIDA	4.18	0.46497
V23	-	Se deberían crear lugares fuera de la ciudad para los enfermos de SIDA	1.84	-0.40341
V11	-	Sacaría a mis hijos de la escuela si hubiera hijos de personas con VIH	1.93	-0.48451
<b>Factor 4</b>		<b>Derechos de las personas con VIH (x=4.35)</b>	<i>Alfa=0.5759</i>	
V56	+	No hay motivo para agredir a los infectados por VIH	4.25	0.74859
V57	+	Los infectados por VIH tienen derecho a seguir viviendo	4.46	0.71230
V46	+	Las personas infectadas tienen el derecho de seguir trabajando	4.35	0.51806

\*Dirección del reactivo

\*\* la media de cada factor fue dividida entre el número de reactivos para simplificar su interpretación, de esa manera las medias reportadas están en un rango de 1 a 5.

#### **4.3.6. Correlaciones entre los factores de cada escala**

Una vez identificados los factores en cada escala, se procedió a establecer un cuadro de correlaciones, utilizando la  $r$  de Pearson, obteniendo en casi todos los casos correlaciones significativas. Se hace énfasis en las correlaciones medias con una  $r$  mayor o igual a 0.40. Con este análisis se puede establecer la relación entre los factores de cada escala y entre los factores de las dos escalas y así observar objetivamente como están estrechamente ligados las creencias con los prejuicios.

De la escala de creencias, el factor denominado "Creencias morales y religiosas" correlaciona en forma positiva con el factor de "Negación y lejanía del SIDA", también correlaciona con el factor denominado "Prejuicio hacia las personas con VIH" de la escala de prejuicio, quien también correlaciona en forma significativa con el factor de "Negación y lejanía". Por otra parte los factores "Apoyo y comprensión hacia las personas con VIH", "Actitud favorable hacia el las personas con VIH" y "Derechos de las personas con VIH" correlacionan significativamente (ver tabla 11).

#### **4.3.7. Comparación de las escalas por variables de estudio**

Para establecer diferencias entre las variables que se consideraron en este estudio se procedió a establecer comparaciones por cada uno de los factores obtenidos en el análisis factorial que contempló a los 454 sujetos. Para ello se analizó por separado cada factor de las escalas sumando los puntajes de todos los reactivos que la componen y probando si existen diferencias significativas por medio de la prueba  $t$  de Student cuando la variable tomada como independiente era dicotómica y con el análisis de varianza de una vía cuando esta tenía tres o cuatro grupos.

**Tabla 11**  
**Correlaciones entre factores de las escalas de creencias y prejuicios hacia el SIDA**  
**con el total de sujetos entrevistados (n= 454)**

Escala	Creencias				Prejuicios		
	Creencias morales y religiosas	Negación y lejanía del SIDA	Apoyo y comprensión hacia personas con VIH	Creencias emocionales negativas	Actitud favorable hacia personas con VIH	Prejuicio hacia las personas con VIH	Integración social de personas con VIH
<b>Creencias</b>							
Negación y lejanía del SIDA	.551**						
Apoyo y comprensión hacia personas con VIH	-.180**	-.245**					
Creencias emocionales negativas	.364**	.365**					
Actitud favorable hacia personas con VIH	-.226**	-.203**	.444**	-.154**			
Prejuicio hacia las personas con VIH	.449**	.430**	-.291**	.386**	-.379		
Integración social de personas con VIH		-.095*	.168**		.095*		
Derechos de las personas con VIH	-.233**	-.320**	.451**	-.105*	.362**	-.316**	.142**
<b>Prejuicios</b>							

n =454 \*\* significativo al 0.01, \* significativo al 0.05

Las características de los 454 sujetos estudiados ya fueron reportadas en el capítulo de metodología en el apartado de muestra, adicionalmente con el objeto de evaluar la proximidad psicológica hacia las personas con VIH, en el instrumento se les preguntó a los entrevistados si conocían a alguien con VIH; 209 sujetos (46%) contestaron que si y 245 (54%) contestaron que no. De los que conocían a alguien con VIH; de 6 sujetos (2.9%), la persona conocida con VIH era su familiar, de 36 (17.2%) era amistad, de 60 (28.7%) era conocido solamente y de 107 (23.6%) era alguna persona lejana.

Es conveniente mencionar que aunque no se tenía previsto en el proyecto inicial preguntar si los entrevistados profesaban alguna religión, análisis preliminares con los datos arrojados por las muestras de población general y estudiantes universitarios, indicaban que esta era una variable importante de incluir, sobre todo en el caso de personal médico, debido a que pudiera influir en sus respuestas a pesar de ser esta la muestra de personas que se supone con más conocimientos sobre el SIDA y una ética al respecto. Así que en la muestra de personal de salud, se les preguntó si profesaban alguna religión; 99 sujetos (62%), contestaron afirmativamente y 60 sujetos (38%) contestaron negativamente. De los que profesan alguna religión 18 (18.2%), la profesan mucho, 78 (78.7%) poco y 3 (3.1%) nada.

#### **4.3.8. Creencias hacia el SIDA**

Tomando en cuenta a todos los sujetos entrevistados se probó el efecto de la variable sexo sobre las creencias por medio de la t de Student, no encontrando diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los cuatro factores (ver tabla 12). Por rango de edad se encontraron diferencias estadísticamente significativas al aplicar el análisis de varianza de una vía en el factor denominado "creencias morales y religiosas" ( $F_{3, 450} = 4.272$ ,  $p = 0.005$ ), la prueba Post Hoc, Sheffe, que indica que la diferencia se debe al grupo de edad de 18 a 21 años tiene una media menor ( $x=10.27$ ), que el grupo de edad de 27 a 37 años que presenta una media de ( $x=11.82$ ), (ver tabla 13).

**Tabla 12**  
Factores de la escala de creencias por sexo

Factor	Sexo	Media	Desviación estándar	t	P
Creencias morales y religiosas	Masculino	10.91	4.29	-.497	.620
	Femenino	11.12	4.23		
Negación y lejanía de SIDA	Masculino	8.46	3.32	-.526	.599
	Femenino	8.63	3.43		
Apoyo y comprensión hacia las personas con VIH	Masculino	22.35	2.99	-.460	.646
	Femenino	22.47	2.41		
Creencias emocionales negativas	Masculino	10.19	3.69	-.874	.382
	Femenino	10.48	3.19		

**Tabla 13**  
Factores de la escala de creencias por rango de edad

Factor	Rango de edad	Media	Desviación estándar	F	P
Creencias morales y religiosas	18-21	10.27	3.56	4.272	.005
	22-26	10.41	3.77		
	27-37	11.82	4.58		
	38-65	11.68	4.83		
	Total	11.03	4.25		
Negación y lejanía de SIDA	18-21	8.26	3.03	2.330	.074
	22-26	8.05	2.91		
	27-37	8.87	3.65		
	38-65	9.07	3.81		
	Total	11.03	3.38		
Apoyo y comprensión hacia las personas con VIH	18-21	22.63	2.72	.438	0.76
	22-26	22.32	2.66		
	27-37	22.26	2.65		
	38-65	22.45	2.64		
	Total	22.42	2.66		
Creencias emocionales negativas	18-21	11.05	3.04	2.194	.088
	22-26	10.08	3.22		
	27-37	10.11	3.57		
	38-65	10.18	3.72		
	Total	10.36	3.40		

Por el tipo de muestra al que se agruparon los entrevistados, al aplicar un análisis de varianza de una vía se encontró diferencias estadísticamente significativas en el factor de creencias morales y religiosas ( $F_{2,451} 3.202$ ,  $p= 0.042$ ), para establecer a cual grupo se deben las diferencias se aplicó la prueba Post Hoc, Sheffe, que indica que el grupo de población general ( $x= 11.59$ ), difiere con el grupo de estudiantes ( $x=10.37$ ), (ver tabla 14).

**Tabla 14**  
**Factores de la escala de creencias por grupo estudiado**

Factor	Grupo Estudiado	Media	Desviación estándar	F	P
Creencias morales y religiosas	Población general	11.59	4.83	3.202	.042
	Personal de Salud	11.18	4.17		
	Estudiante	10.37	3.68		
	Total	11.03	4.25		
Negación y lejanía de SIDA	Población general	9.24	3.75	4.372	.013
	Personal de Salud	8.15	3.34		
	Estudiante	8.35	2.96		
	Total	8.56	3.38		
Apoyo y comprensión hacia las personas con VIH	Población general	22.31	2.70	.194	.823
	Personal de Salud	22.44	2.47		
	Estudiante	22.50	2.82		
	Total	22.42	2.66		
Creencias emocionales negativas	Población General	11.36	3.64	19.221	.000
	Personal de Salud	9.11	3.02		
	Estudiante	10.75	3.18		
	Total	10.36	3.40		

También se encontró diferencias estadísticamente significativas por grupo en el factor de negación y lejanía del SIDA ( $F_{2,451} 3.202$ ,  $p= 0.013$ ), la prueba Post Hoc, Sheffe, que indica que el grupo de población general ( $x= 9.24$ ), difiere con el grupo de personal de salud ( $x=8.15$ ), y en el factor de creencias emocionales negativas ( $F_{2,451} 19.221$ ,  $p= 0.000$ ), donde las diferencias se deben a el grupo de personal de salud ( $x=9.11$ ) con el grupo de población general ( $x=11.36$ ) y el grupo de estudiantes ( $X=10.75$ ).

En cuanto a la variable escolaridad, se encontró diferencias estadísticamente significativas en los factores de creencias morales y religiosas ( $F_{2,448} 5.245$ ,  $p= 0.006$ ), y creencias emocionales negativas ( $F_{2,448} 17.955$ ,  $p= 0.000$ ), (ver tabla 15). En el primer factor mencionado, la prueba Sheffe, marca que existen diferencias significativas entre las tres categorías entre sí; primaria o bachillerato ( $x=12.13$ ), licenciatura incompleta ( $x=10.56$ ), y licenciatura completa o posgrado ( $x=10.72$ ) en el primer caso y al igual. En el segundo factor mencionado también existen diferencias significativas entre las tres categorías primaria o bachillerato ( $x=11.61$ ), licenciatura incompleta ( $x=10.59$ ), y licenciatura completa o posgrado ( $x=9.28$ ). Cabe destacar que, en ambos casos, la tendencia es a tener menor puntaje cuando la escolaridad es mayor.

**Tabla 15**  
**Factores de la escala de creencias por escolaridad**

Factor	Escolaridad	Media	Desviación estándar	F	P
Creencias morales y religiosas	Primaria –			5.245	.006
	Bachillerato	12.13	4.53		
	Lic. Incompleta	10.56	3.98		
	Lic. – posgrado	10.72	4.20		
	Total	11.00	4.24		
Negación y lejanía de SIDA	Primaria –			2.136	.119
	Bachillerato	9.11	3.75		
	Lic. Incompleta	8.46	2.98		
	Lic. – posgrado	8.28	3.48		
	Total	8.55	3.38		
Apoyo y comprensión hacia las personas con VIH	Primaria –			.317	.728
	Bachillerato	22.37	2.54		
	Lic. Incompleta	22.33	2.93		
	Lic. – posgrado	22.55	2.46		
	Total	22.42	2.66		
Creencias emocionales negativas	Primaria –			17.955	.000
	Bachillerato	11.61	3.52		
	Lic. Incompleta	10.59	3.00		
	Lic. – posgrado	9.28	3.36		
	Total	10.33	3.39		

El conocer o no a alguien con VIH, establece diferencias estadísticamente significativas en el factor de negación y lejanía del SIDA ( $t_{452} -2.450$ ,  $p=.015$ ), y en el factor de creencias

emocionales negativas ( $t_{452} = -5.800, p = .000$ ), (ver tabla 16), en ambos casos el grupo que conocía a alguien con VIH, presenta un puntaje promedio menor que el grupo que no conocía a alguien con VIH. Sin embargo de las personas que reportaron que conocían a alguna persona con VIH, al subdividir el tipo de relación que tenía con ésta en dos categorías; familiar - conocido o persona lejana no difieren significativamente en el puntaje de los factores respectivos (ver tabla 17).

**Tabla 16**  
Factores de la escala de creencias por conocer a alguien con VIH

Factor	Conoce a alguien con VIH	Media	Desviación estándar	t	P
Creencias morales y religiosas	Si	10.72	4.23	-1.461	.145
	No	11.30	4.26		
Negación y lejanía de SIDA	Si	8.14	3.44	-2.450	.015
	No	8.91	3.29		
Apoyo y comprensión hacia las personas con VIH	Si	22.59	2.59	1.294	.196
	No	22.27	2.72		
Creencias emocionales negativas	Si	9.39	3.26	-5.80	.000
	No	11.19	3.31		

**Tabla 17**  
Factores de la escala de creencias por la relación cuando el sujeto conoce a alguien con VIH (muestra de personal de salud)

Factor	Tipo de relación	Media	Desviación estándar	t	P
Creencias morales y religiosas	Familiar o conocido	10.52	4.40	-.659	.510
	Persona lejana	10.91	4.08		
Negación y lejanía de SIDA	Familiar o conocido	8.32	3.61	.757	.450
	Persona lejana	7.96	3.28		
Apoyo y comprensión hacia las personas con VIH	Familiar o conocido	22.75	2.50	.828	.409
	Persona lejana	22.45	2.67		
Creencias emocionales negativas	Familiar o conocido	9.37	3.33	-.086	.932
	Persona lejana	9.41	3.21		

En el grupo de personal de salud, se preguntó sobre si profesaban alguna religión, encontrando diferencias estadísticamente significativas en el factor de creencias morales y religiosas ( $t_{142} -2.902, p=.004$ ), donde se observa que si se profesa una religión el promedio es más alto en este factor ( $x=12.06$ ) a diferencia de no profesarla ( $x=9.55$ ), (ver tabla 18).

**Tabla 18**  
**Factores de la escala de creencias por profesar alguna religión**  
**(muestra de personal de salud)**

Factor	Profesa alguna religión	Media	Desviación estándar	t	P
Creencias morales y religiosas	Si	12.06	4.39	2.902	.004
	No	9.55	3.80		
Negación y lejanía de SIDA	Si	8.29	3.64	.539	.591
	No	7.90	3.23		
Apoyo y comprensión hacia las personas con VIH	Si	22.43	2.55	1.534	.127
	No	21.61	2.96		
Creencias emocionales negativas	Si	9.32	3.38	.569	.571
	No	8.94	3.11		

#### **4.3.9. Prejuicios hacia el SIDA**

En la forma en que se realizó con la escala de creencias, se realizaron pruebas de significancia por las variables de estudio en la escala de prejuicios, tomando en cuenta a todos los sujetos entrevistados. En primera se probó el efecto de la variable sexo sobre los prejuicios por medio de la t de Student, no encontrando diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los cuatro factores (ver tabla 19). Por las variables rango de edad y grupo estudiado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al aplicar el análisis de varianza de una vía en ninguno de los cuatro factores que conforman la escala (ver tablas 20 y 21).

En el caso de la variable escolaridad, si se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los factores de prejuicio hacia las personas con VIH ( $F_{2,448} 4.180, p=0.016$ ), y derechos de las personas con VIH ( $F_{2,448} 6.244, p=0.002$ ), (ver tabla 22). Estas diferencias de acuerdo a la prueba Sheffe, se deben a los sujetos que sólo tienen primaria

o bachillerato ( $x=9.35$ ), contra los que tienen licenciatura incompleta ( $x=8.91$ ), y licenciatura completa o posgrado ( $x=8.25$ ) en el primer caso. En segundo factor mencionado las diferencias se deben a los sujetos que sólo tienen primaria o bachillerato ( $x=12.44$ ), contra los que tienen licenciatura incompleta ( $x=13.30$ ), y licenciatura completa o posgrado ( $x=13.22$ ).

**Tabla 19**  
Factores de la escala de prejuicios por sexo

Factor	Sexo	Media	Desviación estándar	t	P
Actitud favorable hacia las personas con VIH	Masculino	17.53	2.44	-.119	.905
	Femenino	17.56	2.39		
Prejuicio hacia las personas con VIH	Masculino	8.80	3.50	.092	.927
	Femenino	8.77	3.09		
Integración social de las personas con VIH	Masculino	15.65	2.22	1.343	.180
	Femenino	15.36	2.21		
Derechos de las personas con VIH	Masculino	13.24	2.11	1.448	.148
	Femenino	12.94	2.17		

**Tabla 20**  
Factores de la escala de prejuicios por rango de edad

Factor	Rango de edad	Media	Desviación estándar	F	P
Actitud favorable hacia las personas con VIH	18-21	17.79	1.98	.672	.570
	22-26	17.59	2.63		
	27-37	17.44	2.40		
	38-65	17.37	2.60		
	Total	17.55	2.41		
Prejuicio hacia las personas con VIH	18-21	9.03	3.23	.390	.761
	22-26	8.72	2.88		
	27-37	8.58	3.44		
	38-65	8.79	3.48		
	Total	8.78	3.26		
Integración social de las personas con VIH	18-21	15.33	2.04	.491	.689
	22-26	15.52	2.40		
	27-37	15.40	2.23		
	38-65	15.67	2.18		
	Total	15.48	2.21		
Derechos de las personas con VIH	18-21	13.28	1.90	.865	.459
	22-26	13.11	2.29		
	27-37	12.84	2.25		
	38-65	13.00	2.14		
	Total	13.06	2.15		

**Tabla 21**  
**Factores de la escala de prejuicios por grupo estudiado**

Factor	Grupo estudiado	Media	Desviación estándar	F	P
Actitud favorable hacia las personas con VIH	Población general	17.69	2.38	1.348	.261
	Personal de Salud	17.30	2.57		
	Estudiante	17.68	2.26		
	Total	17.55	2.41		
Prejuicio hacia las personas con VIH	Población general	9.11	3.67	2.454	.087
	Personal de Salud	8.33	3.03		
	Estudiante	8.95	3.05		
	Total	8.78	3.26		
Integración social de las personas con VIH	Población general	15.26	2.37	1.033	.357
	Personal de Salud	15.60	2.24		
	Estudiante	15.55	2.03		
	Total	15.48	2.21		
Derechos de las personas con VIH	Población general	12.81	2.46	1.977	.140
	Personal de Salud	13.05	2.00		
	Estudiante	13.30	1.96		
	Total	13.06	2.15		

El conocer o no a alguien con VIH, establece diferencias estadísticamente significativas en el factor de prejuicio hacia las personas con VIH ( $t_{452} = -3.750, p = .000$ ), (ver tabla 23), el grupo que conocía a alguien con VIH, presenta un puntaje promedio menor que el grupo que no conocía a alguien con VIH. De las personas que reportaron que conocían a alguna persona con VIH, al subdividir el tipo de relación que tenía con esta en dos categorías; familiar - conocido o persona lejana no difieren significativamente en el puntaje de los factores respectivos (ver tabla 24).

**Tabla 22**  
Factores de la escala de prejuicios por escolaridad

Factor	Escolaridad	Media	Desviación estándar	F	P
Actitud favorable hacia las personas con VIH	Primaria –			.034	.967
	Bachillerato	17.61	2.23		
	Lic. Incompleta	17.55	2.38		
	Lic. – posgrado	17.53	2.57		
	Total	17.56	2.41		
Prejuicio hacia las personas con VIH	Primaria –			4.180	.016
	Bachillerato	9.35	3.69		
	Lic. Incompleta	8.91	2.94		
	Lic. – posgrado	8.25	3.19		
	Total	8.76	3.26		
Integración social de las personas con VIH	Primaria –			.153	.858
	Bachillerato	15.59	2.26		
	Lic. Incompleta	15.45	2.07		
	Lic. – posgrado	15.46	2.31		
	Total	15.49	2.21		
Derechos de las personas con VIH	Primaria –			6.244	.002
	Bachillerato	12.44	2.60		
	Lic. Incompleta	13.30	1.86		
	Lic. – posgrado	13.22	2.03		
	Total	13.06	2.15		

**Tabla 23**  
Factores de la escala de prejuicios por conocer a alguien con VIH

Factor	Conoce a alguien con VIH	Media	Desviación estándar	t	P
Actitud favorable hacia las personas con VIH	Si	17.65	2.44	.835	.404
	No	17.46	2.38		
Prejuicio hacia las personas con VIH	Si	8.17	3.12	-3.750	.000
	No	9.31	3.29		
Integración social de las personas con VIH	Si	15.56	2.26	.728	.467
	No	15.41	2.17		
Derechos de las personas con VIH	Si	13.20	2.00	1.278	.202
	No	12.94	2.26		

Con respecto a la pregunta sobre si profesan alguna religión realizada a la muestra de personal de salud, no se encontró diferencias estadísticamente significativas en esta escala. Como se puede observar en los siguientes cuadros las medias de los puntajes casi no difieren en los diferentes casos (ver tabla 25).

**Tabla 24**  
**Factores de la escala de prejuicios por la relación**  
**cuando el sujeto conoce a alguien con VIH**

Factor	Tipo de relación	Media	Desviación estándar	t	P
Actitud favorable hacia las personas con VIH	Familiar o conocido	17.91	2.34	1.513	.132
	Persona lejana	17.40	2.52		
Prejuicio hacia las personas con VIH	Familiar o conocido	8.29	3.54	.551	.582
	Persona lejana	8.06	2.66		
Integración social de las personas con VIH	Familiar o conocido	15.64	2.26	.483	.630
	Persona lejana	15.49	2.27		
Derechos de las personas con VIH	Familiar o conocido	13.26	2.18	.448	.655
	Persona lejana	13.14	1.83		

**Tabla 25**  
**Factores de la escala de prejuicios por profesar alguna religión**

Factor	Profesa alguna religión	Media	Desviación estándar	t	P
Actitud favorable hacia las personas con VIH	Si	17.22	2.66	1.656	.100
	No	16.29	3.16		
Prejuicio hacia las personas con VIH	Si	8.55	3.31	.351	.726
	No	8.32	2.61		
Integración social de las personas con VIH	Si	15.76	2.16	1.868	.064
	No	14.94	2.26		
Derechos de las personas con VIH	Si	12.82	2.01	.330	.742
	No	12.68	2.69		

#### **4.3.10. Análisis factorial por cada muestra del estudio**

Al haber realizado los análisis correspondientes a las escalas de creencias y prejuicios hacia el SIDA, se pudo observar la existen diferencias importantes en los tres grupos estudiados en algunos factores, lo que hace suponer que en cada grupo opera una forma diferente de concepción hacia el SIDA y las personas afectadas por el VIH, por lo que, a pesar de que no se había planeado en el proyecto original, se consideró de interés realizar por separado un análisis factorial por cada grupo y establecer las correlaciones entre los factores obtenidos.

#### **4.3.11. Población general**

Al realizar el análisis factorial de la escala de creencias con la muestra de población general, la rotación Varimax convergió en 24 iteraciones obteniéndose 4 factores, tomando en cuenta el punto de quiebre, los valores Eigen mayores a 1 y la claridad conceptual, que explican el 41.8% de la varianza total de la escala, incluyendo a 18 reactivos por tener carga factorial mayor a .40, con un alfa de Cronbach de 0.8001, a continuación se presentan los cuatro factores a los cuales se les denominó de acuerdo a su contenido conceptual, misma que se puede observar en la tabla 26.

El primer factor, es el de creencias morales y religiosas hacia el SIDA, igual que el del análisis factorial con todos los sujetos, sólo que aquí se incrementa el número de reactivos relativos a esta dimensión, incluyendo el reactivo "Es falso que el SIDA sea un castigo para las prostitutas" que esta formulado en sentido positivo y por lo tanto correlaciona inversamente con el resto de los reactivos, con ello se esta relacionando a este grupo social con valores morales y religiosos. Este factorial conserva las mismas dimensiones que el análisis con todos los sujetos entrevistados, solamente que el orden de importancia varia; El factor de apoyo y comprensión está en un segundo término, mientras que el de negación pasa a un cuarto lugar. Cabe destacar que para la población general el factor más importante cuenta con más variedad de reactivos por lo que las creencias morales y religiosas abarcan más elementos.

**Tabla 26**  
**Resultados del análisis factorial de la escala de prejuicios hacia el SIDA**  
**Muestra "población general" (n=140)**

AREA	D*	PREGUNTA	MEDIA	Peso Factorial
<b>Factor 1</b>		<b>Creencias Moral y Religiosa (x=2.36)**</b>	<i>Alfa=0.8168</i>	
V01	-	Contraer SIDA es el pago por realizar conductas inmorales	1.79	0.70363
V41	-	Quien contrae el SIDA es porque desobedeció los mandatos de Dios	1.69	0.70055
V51	-	El SIDA es debido a la falta de orden moral	2.29	0.67620
V19	-	El SIDA es la respuesta de la naturaleza ante las desviaciones de la sociedad actual	2.49	0.60986
V49	-	El SIDA es el producto de la promiscuidad actual de la sociedad	2.96	0.59491
V31	-	El obedecer los designios de dios nos protegerá del SIDA	2.17	0.53008
V42	-	Las personas con valores y buena moral no contraerán SIDA	1.89	0.48836
V36	+	Es falso que el SIDA sea un castigo para las prostitutas	3.63	-0.50858
<b>Factor 2</b>		<b>Apoyo y comprensión hacia persona con VIH (x=4.49)</b>	<i>Alfa=0.5653</i>	
V33	+	Un portador de VIH requiere del apoyo de su familia	4.66	0.85412
V32	+	Para controlar al SIDA se debe educar a la Sociedad	4.66	0.70662
V34	+	Los infectados con SIDA deben ser protegidos por humanidad	4.15	0.47636
<b>Factor 3</b>		<b>Creencias emocionales negativas (x=2.95)</b>	<i>Alfa=0.4520</i>	
V44	-	El SIDA es la peor muerte que le puede pasar a alguien	3.05	0.72960
V14	-	Tener el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es igual a tener SIDA	3.14	0.58707
V15	-	Me deprime el tema del SIDA	2.69	0.58318
<b>Factor 4</b>		<b>Negación del SIDA (x=2.76)</b>	<i>Alfa=0.6408</i>	
V58	-	Dios decide quien tiene SIDA	1.95	0.72234
V45	-	Contraer SIDA es una fracaso en la vida	2.51	0.57424
V43	-	Las personas con las que convivo no contraerán SIDA	2.26	0.52854
V38	+	Se debe ser comprensivo con los infectados por VIH	4.32	-0.55800

\*Dirección del reactivo

\*\* la media de cada factor fue dividida entre el número de reactivos para simplificar su interpretación, de esa manera las medias reportadas están en un rango de 1 a 5.

En el análisis correspondiente a la escala de prejuicios con la muestra de población general en 27 iteraciones se obtuvieron 5 factores, que representa un 44.6% de la varianza explicada, conteniendo 20 reactivos de la escala original, y un alfa de Cronbach de 0.8143, agrupados de la siguiente forma:

**Tabla 27**  
**Resultados del análisis factorial de la escala de prejuicios hacia el SIDA**  
**Muestra "población general" (n=140)**

AREA	D*	PREGUNTA	MEDIA	Peso Factorial
<b>Factor 1</b>		<b>Derechos y aceptación de personas con VIH (x=3.75)**</b>	<i>Alfa=0.6922</i>	
V46	+	Las personas infectadas tienen el derecho de seguir trabajando	4.27	0.76796
V39	+	Seguiría teniendo amistad con una persona aunque tuviera SIDA	3.99	0.63297
V56	+	No hay motivo para agredir a los infectados por VIH	4.16	0.63033
V57	+	Los infectados por VIH tienen derecho a seguir viviendo	4.37	0.50549
V11	-	Sacaría a mis hijos de la escuela si hubiera hijos de personas con VIH	1.99	-0.44223
<b>Factor 2</b>		<b>Actitud favorable hacia personas con VIH (x=4.45)</b>	<i>Alfa=0.6952</i>	
V21	+	Saludaría a un infectado con el VIH	4.44	0.79406
V07	+	Una persona infectada con el VIH tiene todos los derechos como ser humano	4.63	0.63236
V10	+	La sexualidad es un tema que debe hablarse abiertamente	4.59	0.61394
V22	+	Un infectado por el VIH debe tener contacto con los demás	4.17	0.50976
<b>Factor 3</b>		<b>Prejuicio de discriminación hacia las personas con VIH (x=1.92)</b>	<i>Alfa=0.6459</i>	
V52	-	El SIDA es un tema del cual evito hablar	1.96	0.71649
V29	-	Se debe sancionar a los infectados con el VIH para evitar que se siga propagando la enfermedad	1.84	0.61689
V55	-	Los Sidosos se deben de separar del resto de la población	1.96	0.60726
<b>Factor 4</b>		<b>Apertura hacia el tema del SIDA (x=3.38)</b>	<i>Alfa=0.6420</i>	
V18	+	Se debería ayudar a vivir a los infectados con VIH/SIDA	4.45	0.65568
V20	+	Se debería hablar sobre SIDA para educar	4.63	0.41548
V53	+	Aceptaría en mi trabajo a personas que estén infectadas con VIH/SIDA	3.82	0.40402
V23	-	Se deberían crear lugares fuera de la ciudad para los enfermos de SIDA	2.01	-0.59664
V40	-	Los enfermos de SIDA deben extinguirse	2.00	-0.71733
<b>Factor 5</b>		<b>Ignorancia hacia el SIDA (x=2.98)</b>	<i>Alfa=0.4509</i>	
V30	-	El SIDA es la peste del siglo XX	3.16	0.71898
V27	-	Dudo que el SIDA no se transmita por el sudor, y las lágrimas	2.36	0.48215
V06	+	Una persona con SIDA puede tener relaciones sexuales protegidas	3.46	-0.53590

\*Dirección del reactivo

\*\* la media de cada factor fue dividida entre el número de reactivos para simplificar su interpretación, de esa manera las medias reportadas están en un rango de 1 a 5.

Para la población general se conservan las mismas características que en se identificaron en el análisis factorial con el total de los entrevistados, pero en diferente orden; el área más importante es un área que conjunta los derechos y la integración social,

posteriormente la actitud favorable hacia personas con VIH y hasta el tercer término aparece el prejuicio, en este caso denominado de discriminación hacia personas con VIH. Adicionalmente en el factor 4 se integran reactivos que indican una apertura hacia el tema del SIDA y finalmente un factor negativo que agrupa reactivos que dan cuenta de falta de información específica sobre SIDA donde los promedios se encuentran cercanos a 3 o "indeciso". Llama la atención, el que aparezca este último factor por que fortalece la idea de que sea la antesala del prejuicio.

Con respecto a las correlaciones entre factores, en el caso de la muestra de población general, el factor de "Creencias morales y religiosas correlaciona significativamente con los factores de "Creencias emocionales negativas" y de Prejuicio hacia las personas con VIH" y los factores positivos "Apoyo y comprensión hacia las personas con VIH", y "Actitud favorable hacia las personas con VIH" correlacionan significativamente. Esta relación es similar al análisis factorial con el total de los entrevistados. Sin embargo el factor 3 de prejuicio y el factor 5 de ignorancia, no correlacionan significativamente, a pesar de que como se mencionó anteriormente uno puede ser la consecuencia del otro (ver tabla 28).

Tabla 28  
 Correlaciones entre factores de las escalas de creencias y prejuicios hacia el SIDA  
 Muestra "población general" (n=140)

Factor	Creencias			Prejuicios				
	Creencias morales y religiosas	Apoyo y comprensión hacia personas con VIH	Creencias emocionales negativas	Negación del SIDA	Derechos y aceptación de personas con VIH	Actitud favorable hacia personas con VIH	Prejuicio de discriminación hacia personas con VIH	Apertura hacia el tema del SIDA
Apoyo y comprensión hacia personas con VIH								
Creencias emocionales negativas	.400**							
Negación del SIDA	.377**		.288**					
Derechos y aceptación de personas con VIH		.290**	.169*	-.245**				
Actitud favorable hacia personas con VIH	-.203*	.413*						
Prejuicio de discriminación hacia las personas con VIH	.540**		.365**	.386**	-.221**	-.355**		
Apertura hacia el tema del SIDA				.276**				
Prejuicio ignorancia hacia el SIDA								
<b>creencias</b>								
<b>prejuicios</b>								

N =140 \*\* significativo al 0.01, \* significativo al 0.05

## 4.3.12. Personal de salud

Al realizar el análisis factorial de la escala de creencias con la muestra de personal de salud, la rotación Varimax convergió en 37 iteraciones obteniéndose 4 factores, tomando en cuenta el punto de quiebre, los valores Eigen mayores a 1 y la claridad conceptual, que explican el 40% de la varianza total de la escala, incluyendo a 17 reactivos de la escala original, con un alfa de Cronbach de 0.7891. A continuación se presentan los cuatro factores a los cuales se les denominó de acuerdo a su contenido conceptual, misma que se puede observar en la tabla 29.

**Tabla 29**  
Resultados del análisis factorial de la escala de creencias hacia el SIDA  
Muestra "personal de salud" (n=159)

AREA	D*	PREGUNTA	MEDIA	Peso Factorial
<b>Factor 1</b>		<b>Apoyo y comprensión hacia persona con VIH (x=4.35)**</b>	<i>Alfa=0.7425</i>	
V34	+	Los infectados con SIDA deben ser protegidos por humanidad	4.11	0.79492
V35	+	Los infectados por VIH también son Hijos de dios	4.34	0.74446
V38	+	Se debe ser comprensivo con los infectados por VIH	4.36	0.66945
V33	+	Un portador de VIH requiere del apoyo de su familia	4.68	0.65826
V25	+	Si conociera a alguien con VIH le daría mi apoyo	4.28	0.47626
<b>Factor 2</b>		<b>Creencias religiosas (x=2.48)</b>	<i>Alfa=0.6948</i>	
V13	-	El SIDA es una prueba divina para quien lo tiene	1.52	0.74680
V31	-	El obedecer los designios de dios nos protegerá del SIDA	2.04	0.65562
V41	-	Quien contrae el SIDA es porque desobedeció los mandatos de Dios	1.70	0.59616
V32	+	Para controlar al SIDA se debe educar a la Sociedad	4.69	-0.62120
<b>Factor 3</b>		<b>Negación del SIDA (x=2.03)</b>	<i>Alfa=0.7470</i>	
V43	-	Las personas con las que convivo no contraerán SIDA	1.99	0.78911
V50	-	En mi familia no existirá un Infectado por VIH	2.25	0.78228
V42	-	Las personas con valores y buena moral no contraerán SIDA	1.74	0.53215
V45	-	Contraer SIDA es un fracaso en la vida	2.17	0.47604
<b>Factor 4</b>		<b>Creencias morales (x=2.03)</b>	<i>Alfa=0.4941</i>	
V01	-	Contraer SIDA es el pago por realizar conductas inmorales	1.64	0.65829
V24	-	Un enfermo de SIDA es un lastre para la familia	2.31	0.63014
V51	-	El SIDA es debido a la falta de orden moral	2.14	0.48073

A diferencia de los análisis anteriormente presentados, para el personal de salud el primer factor es el de apoyo y comprensión hacia persona con VIH, que incluye el reactivo; "Si conociera a alguien con VIH le daría mi apoyo", lo que permite suponer que en la muestra de personal de salud, es prioritario apoyar a las personas con VIH.

Otra diferencia substantiva es que en este análisis se mantienen separadas las creencias religiosas de las creencias morales ocupando el factor 2 y 4 respectivamente, por lo que para la muestra de personal de salud están en ámbitos que permiten distinguir uno de otro.

En el análisis correspondiente a la escala de prejuicios en la muestra de personal de salud, en 67 iteraciones, muy por arriba de todos los otros factores realizados, se obtuvieron 5 factores, que representa un 41.5% de la varianza explicada, conteniendo 18 reactivos de la escala original y un alfa de Cronbach de 0.7826, agrupados como se muestra en la tabla 30.

Para la muestra de personal de salud, el factor más importante es la integración social de personas con VIH, que incluye el reactivo "Evitaré el contacto con personas infectadas por el VIH", que correlaciona negativamente por lo que se puede interpretar como la aceptación de contacto con personas infectadas, hecho que muestra que, al menos en este grupo en particular, el sentido de aceptación hacia personas con VIH incluye el compromiso y contacto directo propio de la actividad médica. Lo anterior se refuerza con los factores 3 y 4, que se refiere hacia hablar sobre el SIDA y una actitud favorable hacia las personas con VIH. Sobre prejuicio en este grupo se encuentran dos factores que diferencian perfectamente conductas de discriminación (factor 2) y conductas de antilocución (factor 5), en ambos casos los puntajes se ubican en respuestas "En desacuerdo".

Las correlaciones entre los factores de ambas escalas, muestran la misma tendencia que en los anteriores, el factor de "Apoyo y comprensión hacia personas con VIH" correlaciona negativamente con el factor denominado "Prejuicio de discriminación hacia personas con

VIH", lo cual muestra que ambas escalas mantienen una coherencia entre sí. En este caso, las creencias religiosas y las creencias morales, se encuentran en factores separados; sin embargo, correlacionan significativamente entre sí, y a la vez, con el factor "Negación del SIDA" (ver tabla 31).

**Tabla 30**  
**Resultados del análisis factorial de la escala de prejuicios hacia el SIDA**  
**Muestra "personal de salud" (n=159)**

AREA	D*	PREGUNTA	MEDIA	Peso Factorial
<b>Factor 1</b>		<b>Integración social de personas con VIH (x=3.65)</b>	<i>Alfa=0.5961</i>	
V53	+	Aceptaría en mi trabajo a personas que estén infectados con VIH/SIDA	4.01	0.66303
V39	+	Seguiría teniendo amistad con una persona aunque tuviera SIDA	4.26	0.52983
V46	+	Las personas infectadas tienen el derecho de seguir trabajando	4.40	0.47179
V61	-	Evitaré el contacto con personas infectadas con VIH	1.95	-0.51151
<b>Factor 2</b>		<b>Prejuicio de discriminación hacia las personas con VIH (x=2.48)</b>	<i>Alfa=0.6456</i>	
V23	-	Se deberían crear lugares fuera de la ciudad para los enfermos de SIDA	1.73	0.81997
V29	-	Se debe sancionar a los infectados con el VIH para evitar que se siga propagando la enfermedad	1.62	0.59036
V55	-	Los Sidosos se deben de separar del resto de la población	1.77	0.44915
V11	-	Sacaría a mis hijos de la escuela si hubiera hijos de personas con VIH	1.83	0.41562
<b>Factor 3</b>		<b>Apertura hacia hablar sobre el SIDA (x=3.50)</b>	<i>Alfa=0.5834</i>	
V10	+	La sexualidad es un tema que debe hablarse abiertamente	4.40	0.69632
V20	+	Se debería hablar sobre SIDA para educar	4.60	0.47925
V60	-	Sólo se debe hablar de SIDA entre adultos	1.51	-0.68198
<b>Factor 4</b>		<b>Actitud favorable hacia las personas con VIH (x=3.53)</b>	<i>Alfa=0.3940</i>	
V26	+	Para la gente con la que convivo es importante hablar de SIDA	4.25	0.72614
V21	+	Saludaría a un infectado con el VIH	4.44	0.47897
V40	-	Los enfermos de SIDA deben extinguirse	1.92	-0.48877
<b>Factor 5</b>		<b>Prejuicio de antilocución sobre el SIDA (x=2.00)</b>	<i>Alfa=0.5089</i>	
V04	-	Únicamente les interesa hablar de SIDA, a quienes están en riesgo de contraerlo	1.45	0.74106
V52	-	El SIDA es un tema del cual evito hablar	1.66	0.71284
V05	-	Cambiaría de lugar de trabajo si supiera que un compañero esta infectado con VIH	1.57	0.42434
V54	-	Los infectados con VIH/SIDA deberían revelar su enfermedad	3.33	-0.50955

Tabla 31  
 Correlaciones entre factores de las escalas de creencias y prejuicios hacia el SIDA  
 Muestra: "personal de salud" (n=159)

Factor	Creencias			Prejuicios			Actitud favorable hacia personas con VIH
	Apoyo y comprensión hacia personas con VIH	Creencias religiosas	Negación del SIDA	Creencias morales	Integración social de personas con VIH	Prejuicio de discriminación hacia las personas con VIH	
Creencias religiosas							
Negación del SIDA		.430**					
Creencias morales		.423**	.457**				
Integración social de personas con VIH	.370**		-.168*				
Prejuicio de discriminación hacia las personas con VIH	-.437	.304**	.270**	.348**	-.365**		
Apertura hacia hablar sobre el SIDA	.283**				.165*		
Actitud favorable hacia personas con VIH	.162*						
Prejuicio de antilocución hacia el SIDA	-.278**	.196*	.188*	.211**	-.264**	.376**	

N =159 \*\* significativo al 0.01, \* significativo al 0.05

#### **4.3.13. Estudiantes universitarios**

Al realizar el análisis factorial de la escala de creencias con la muestra de estudiantes, la rotación Varimax convergió en 25 iteraciones obteniéndose 4 factores, tomando en cuenta el punto de quiebre, los valores Eigen mayores a 1 y la claridad conceptual. En este caso, aparece un indicador, conformado con dos reactivos que, sin embargo, como tienen un peso considerable y se encuentran en un punto intermedio entre el factor 3 y 4, se consideró importante incluirlo, haciendo énfasis que no es un factor propiamente dicho. En conjunto, los factores y el indicador explican el 44% de la varianza total de la escala, incluyendo a 19 reactivos de la escala original, con un alfa de Cronbach de 0.7701. Se presentan los cuatro factores a los cuales se les denominó de acuerdo a su contenido conceptual, misma que se puede observar en la tabla 32.

En la muestra de estudiantes el primer factor es de creencias morales, las cuales están perfectamente desligadas de las creencias religiosas que ocupan el factor 3. El segundo factor lo integra un área de apoyo y comprensión hacia personas con VIH. El factor 5 se refiere a creencias emocionales negativas, un área que estaba contemplada en los anteriores análisis menos en el factorial de la muestra del personal de salud. Entre el factor 3 y 4 aparece un indicador el cual se denominó "Lejanía del VIH/SIDA", donde los reactivos que los integran se refieren a determinar el SIDA como una contingencia lejana y que posiblemente esté relacionada, con una percepción baja de riesgo de adquirir el VIH, sobre todo por que las medias de los reactivos están cercanas a 3 (indeciso) a pesar de que los reactivos son de sentido negativo.

**Tabla 32**  
**Resultados del análisis factorial de la escala de creencias hacia el SIDA**  
**Muestra "estudiantes universitarios" (n=155)**

AREA	D*	PREGUNTA	MEDIA	Peso Factorial
<b>Factor 1</b>		<b>Creencias Morales (x=2.07)</b>	<i>Alfa=0.7016</i>	
V49	-	El SIDA es el producto de la promiscuidad actual de la sociedad	2.81	0.72235
V19	-	El SIDA es la respuesta de la naturaleza ante las desviaciones de la sociedad actual	2.32	0.66668
V51	-	El SIDA es debido a la falta de orden moral	1.99	0.66297
V01	-	Contraer SIDA es el pago por realizar conductas inmorales	1.51	0.55884
V42	-	Las personas con valores y buena moral no contraerán SIDA	1.75	0.43868
<b>Factor 2</b>		<b>Apoyo y comprensión hacia persona con VIH (x=4.21)</b>	<i>Alfa=0.6309</i>	
V35	+	Los infectados por VIH también son Hijos de dios	4.12	0.77497
V38	+	Se debe ser comprensivo con los infectados por VIH	4.52	0.64590
V37	+	Cualquier persona se puede contagiar de SIDA	4.57	0.55842
V32	+	Para controlar al SIDA se debe educar a la Sociedad	4.60	0.53461
V33	+	Un portador de VIH requiere del apoyo de su familia	4.68	0.46290
V15	-	Me deprime el tema del SIDA	2.81	0.43514
<b>Factor 3</b>		<b>Creencias religiosas (x=2.31)</b>	<i>Alfa=0.6191</i>	
V31	-	El obedecer los designios de dios nos protegerá del SIDA	1.79	0.65819
V41	-	Quien contrae el SIDA es porque desobedeció los mandatos de Dios	1.46	0.62753
V48	+	La homosexualidad no es un pecado	3.69	-0.73663
<b>Indicador 4</b>		<b>Lejanía del VIH/SIDA (x=2.68)</b>	<i>Alfa=0.</i>	
V50	-	En mi familia no existirá un infectado por VIH	2.38	0.84489
V44	-	El SIDA es la peor muerte que le puede pasar a alguien	2.99	0.78812
<b>Factor 5</b>		<b>Creencias emocionales negativas (x=1.98)</b>	<i>Alfa=0.5336</i>	
V45	-	Contraer SIDA es un fracaso en la vida	2.24	0.71140
V24	-	Un enfermo de SIDA es un lastre para la familia	2.09	0.64718
V03	-	Un infectado por VIH es un drogadicto	1.63	0.52505

\*Dirección del reactivo

\*\* la media de cada factor fue dividida entre el número de reactivos para simplificar su interpretación, de esa manera las medias reportadas están en un rango de 1 a 5.

En análisis factorial de la escala de prejuicios, con la muestra de estudiantes, hubo 4 factores en 29 iteraciones, en una rotación Varimax. Al igual que el análisis factorial de la escala de creencias en este grupo aparece un indicador con dos reactivos entre el factor tres y cuatro, el cual se consideró pertinente considerarlo en la estructura. En total representan un 40.3% de la varianza explicada, conteniendo 19 reactivos de la escala original, y un alfa de Cronbach de 0.7581, agrupados de la siguiente forma:

**Tabla 33**  
**Resultados del análisis factorial de la escala de prejuicios hacia el SIDA**  
**Muestra "estudiantes universitarios" (n=155)**

AREA	D*	PREGUNTA	MEDIA	Peso Factorial
<b>Factor 1</b>		<b>Actitud favorable hacia personas con VIH (x=4.33)</b>	<b>Alfa=0.6724</b>	
V20	+	Se debería hablar sobre SIDA para educar	4.59	0.74416
V22	+	Un infectado por el VIH debe tener contacto con los demás	4.23	0.67010
V21	+	Saludaría a un infectado con el VIH	4.45	0.65214
V57	+	Los infectados por VIH tienen derecho a seguir viviendo	4.56	0.47197
V26	+	Para la gente con la que convivo es importante hablar de SIDA	3.76	0.46242
V18	+	Se debería ayudar a vivir a los infectados con VIH/SIDA	4.42	0.43627
<b>Factor 2</b>		<b>Prejuicio de antilocución sobre el SIDA (x=1.76)</b>	<b>Alfa=0.6173</b>	
V52	-	El SIDA es un tema del cual evito hablar	1.61	0.76756
V60	-	Sólo se debe hablar de SIDA entre adultos	1.46	0.56376
V11	-	Sacaría a mis hijos de la escuela si hubiera hijos de personas con VIH	1.99	0.52240
V61	-	Evitaré el contacto con personas infectadas con VIH	2.00	0.48823
<b>Factor 3</b>		<b>Prejuicio de discriminación hacia las personas que viven con VIH (x=2.79)</b>	<b>Alfa=0.4870</b>	
V23	-	Se deberían crear lugares fuera de la ciudad para los enfermos de SIDA	1.81	0.69751
V27	-	Dudo que el SIDA no se transmita por el sudor, y las lágrimas	2.29	0.44597
V39	+	Seguiría teniendo amistad con una persona aunque tuviera SIDA	4.27	-0.69740
<b>Indicador 4</b>		<b>Prejuicio de ataque hacia a las personas que viven con VIH (x=1.69)</b>	<b>Alfa=0.</b>	
V12	-	Los infectados por VIH deberían portar una pulsera que indique su condición	1.65	0.85042
V29	-	Se debe sancionar a los infectados con el VIH para evitar que se siga propagando la enfermedad	1.74	0.58933
<b>Factor 5</b>		<b>Ignorancia hacia el SIDA (x=2.93)</b>	<b>Alfa=0.4835</b>	
V54	-	Los infectados con VIH/SIDA deberían revelar su enfermedad	3.99	0.52205
V28	-	El SIDA se contagia fácilmente cuando se convive con un infectado	1.86	0.45729
V06	+	Una persona con SIDA puede tener relaciones sexuales protegidas	3.48	-0.49636
V47	+	Los portadores del Virus del VIH no son Sidosos	3.10	-0.69211

En el caso de la muestra de estudiante, el primer factor se refiere a una actitud favorable hacia las personas con VIH, al igual que el análisis realizado con el total de los sujetos, solo que con un mayor número de reactivos positivos.

Los siguientes factores identifican los tres niveles de prejuicio; antilocución, discriminación y ataque, aunque cabe resaltar que el denominado indicador 4, no es propiamente un factor, pero al conservarlo mantiene una estructura muy similar a la construida teóricamente.

El factor 5, adicionalmente contiene reactivos de prejuicio, pero que tienen que ver con conocimientos sobre el SIDA, resalta el hecho que las respuestas promedio están cercanas a 3 o "Indeciso", lo que refleja un conocimiento poco claro en algunos puntos sobre el SIDA en los estudiantes. Es de llamar la atención que el reactivo "Los infectados con VIH/SIDA deberían revelar su enfermedad, contiene una media de 3.99, lo que significa que en la muestra de estudiantes existe un acuerdo a favor sobre este tópico, este hecho se presta para varias interpretaciones, pero con los elementos aportados en este análisis se carece de elementos para justificar alguna de ellas.

En la muestra de estudiantes las correlaciones más altas se dan entre los factores de creencias morales, creencias emocionales negativas y el prejuicio de antilocución. En el caso del área de prejuicio de ataque, a pesar de ser un indicador, mantiene correlación significativas con casi todas las demás dimensiones (ver tabla 34).

Tabla 34  
**Correlaciones entre factores de las escalas de creencias y prejuicios hacia el SIDA**  
**Muestra "estudiantes universitarios" (n=155)**

Factor	Creencias			Prejuicios				
	Creencias morales	Apoyo y comprensión personas con VIH	Creencias religiosas	Lejanía del VIH (Indicador)	Creencias emocionales negativas	Actitud favorable hacia personas con VIH	Prejuicio de discriminación hacia las personas con VIH	Prejuicio de ataque hacia las personas con VIH (Indicador)
Creencias								
Apoyo y comprensión personas con VIH	.231**							
Creencias religiosas (Indicador)	.266**							
Creencias emocionales negativas	.428**		.273**	.176*				
Actitud favorable hacia personas con VIH	.273**	.249**			.295**			
Prejuicio de antipatología hacia el SIDA	.426**		.214**	.274**	.433**	.335**		
Prejuicio de discriminación hacia las personas con VIH	.312**							
Prejuicio de ataque hacia las personas con VIH (Indicador)	.251**		.194*	.252**	.295**	.293**	.365**	.183*
Ignorancia hacia las personas con VIH								.215**

N =155 \*\* significativo al 0.01, \* significativo al 0.05

#### **4.3.14. Análisis de las respuestas por reactivo en cada muestra**

Para completar uno de los propósitos del presente estudio que es el determinar creencias y prejuicios que poseen las personas con respecto a los afectados por el VIH/SIDA como fuente de estigmatización, se realizó un análisis adicional detallado de cada reactivo de ambas escalas, que permite comparar las respuestas entre los sujetos que conforman las tres diferentes muestras. Para ello se presentan los porcentajes de respuestas a favor en cada pregunta, para obtener una mayor claridad, las respuestas fueron recodificadas agrupando las respuestas "totalmente de acuerdo" y "de acuerdo" en un solo rubro, excluyendo las respuestas neutras (Indeciso).

Como se puede observar en la tabla 35, la mitad de los reactivos con sentido negativo, los porcentajes de acuerdo en las tres muestras fueron menores al 25%, aún así en los reactivos restantes los porcentajes no superaron porcentajes mayores al 54%. Por el contrario en las respuestas de los reactivos con sentido positivo presentan porcentajes de acuerdo por arriba del 85%, esto indica por una parte la tendencia a evitar respuestas negativas extremas y por otra parte cierto consenso con respecto a responder favorablemente con respecto a las personas infectadas por el VIH. En este sentido, es posible que las respuestas se presentan así por el fenómeno de la *deseabilidad social*<sup>1</sup>, situación que es difícil determinar.

A pesar de esta homogeneidad en las respuestas, se puede observar diferencias interesantes en las respuestas de las tres muestras; los sujetos que conforman la muestra de población general presentan los porcentajes más altos de respuestas de acuerdo en algunos reactivos negativos, los porcentajes que le siguen son alternados por la muestra de personal de salud y por la muestra de estudiantes, esto indica cierto matiz en las respuestas de acuerdo al grupo estudiado.

---

<sup>1</sup> La *deseabilidad social* se refiere a la tendencia de los sujetos a responder como considerarían que marca la sociedad debe responder y no como realmente piensa o siente. (Lara-Cantú, 1990, Paulhua, 1984).

**Tabla 35**  
**Creencias hacia el SIDA**  
**Reactivos agrupados por factores**  
**Porcentajes de respuestas "De Acuerdo"**

No.	D*	REACTIVO	POB GNAL	PERSONAL SALUD	ESTUDIANTE	X <sup>2</sup>	P
<b>Factor 1 Creencias Moral y Religiosa (x =2.20)</b>							
49	-	El SIDA es el producto de la promiscuidad actual de la sociedad	48.7	48.2	42.1	1.304	.521
51	-	El SIDA es debido a la falta de orden moral	22.8	20.5	13.4	4.381	.112
31	-	El obedecer los designios de dios nos protegerá del SIDA	23.4	21.6	10.5	9.155	.010
41	-	Quien contrae el SIDA es porque desobedeció los mandatos de Dios	7.4	8.6	2.7	4.802	.091
19	-	El SIDA es la respuesta de la naturaleza ante las desviaciones de la sociedad actual	34.1	29.7	27.0	1.547	.461
<b>Factor 2 Negación y lejanía del SIDA (x =2.14)</b>							
42	-	Las personas con valores y buena moral no contraerán SIDA	14.2	9.2	8.5	2.761	.250
43	-	Las personas con las que convivo no contraerán SIDA	21.0	12.4	6.2	10.569	.003
50	-	En mi familia no existirá un Infectado por VIH	26.4	14.7	15.8	5.351	.069
45	-	Contraer SIDA es un fracaso en la vida	32.5	20.7	21.4	6.160	.046
<b>Factor 3 Apoyo y comprensión hacia persona con VIH (x=4.48)</b>							
35	+	Los infectados por VIH también son hijos de dios	92.2	95.4	90.8	2.377	.305
32	+	Para controlar al SIDA se debe educar a la Sociedad	95.7	98.7	97.4	2.641	.267
37	+	Cualquier persona se puede contagiar de SIDA	92.0	88.5	95.4	4.978	.083
33	+	Un portador de VIH/SIDA requiere del apoyo de su familia	96.4	99.4	98.7	3.985	.136
38	+	Se debe ser comprensivo con los infectados por VIH	93.4	95.5	96.0	1.131	.568
<b>Factor 4 Creencias emocionales negativas (x=2.59)</b>							
44	-	El SIDA es la peor muerte que le puede pasar a alguien	52.5	37.6	52.8	8.151	.017
2	-	No me gustaría conocer a alguien con SIDA	26.7	7.9	15.5	15.812	.000
14	-	Tener el virus de inmunodeficiencia humana es igual a tener SIDA	54.0	31.4	43.2	14.628	.001
15	-	Me deprime el tema del SIDA	41.0	24.5	42.2	12.233	.002

\*Dirección del reactivo, + sentido, - negativo

Por ejemplo, en el caso del personal de salud, en los reactivos "El SIDA es el producto de la promiscuidad actual de la sociedad" y "Quien contrae el SIDA es porque desobedeció los mandatos de dios" los porcentajes son similares a los que presentan la muestra de población general, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Aún así, en la muestra de estudiantes, el porcentaje a favor en estos reactivos es mucho más bajo.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al aplicar la Ji cuadrada en los reactivos; el obedecer los designios de dios nos protegerá del SIDA, las personas con las que convivo no contraerán SIDA, contraer SIDA es un fracaso en la vida, el SIDA es la peor muerte que le puede pasar a alguien, no me gustaría conocer a alguien con SIDA, tener el virus de inmunodeficiencia humana es igual a tener SIDA, y Me deprime el tema del SIDA (ver tabla 35). En todos estos reactivos los porcentaje más altos corresponden a la muestra de población general y en los reactivos del factor 4 resalta el hecho que los porcentajes en los estudiantes también se encuentren altos.

En la muestra de personal de salud, resulta interesante observar como, a pesar de que en ellos se esperaría un tipo de conocimiento más científico, las creencias erróneas persisten como en el caso de "Tener el VIH es igual a tener SIDA" (31.4%), "Contraer el SIDA es un fracaso en la vida" (20.7%) y "El SIDA es el producto de la promiscuidad de la sociedad" (48.2%).

El reactivo; El SIDA es un castigo para las prostitutas, el cual no estuvo incluido dentro del análisis factorial de la escala de creencias, arroja información relevante sobre como la penalización hacia ciertos grupos persiste, ya que contestaron estar de acuerdo el 30% de la población general, el 25.5% del personal de salud y el 23.3% de los estudiantes.

**Tabla 36**  
**Prejuicios hacia el SIDA**  
**Reactivos agrupados por factores**  
**Porcentajes de respuestas "De Acuerdo"**

No.	D*	REACTIVO	POB GNAL	PERSONAL SALUD	ESTUDIANTE	X <sup>2</sup>	P
<b>Factor 1 Actitud favorable hacia las personas con VIH</b>							
20	+	Se debería hablar sobre SIDA para educar	99.3	95.6	97.4	3.805	.149
21	+	Saludaría a un infectado con el VIH	96.3	97.4	98.0	.748	.688
22	+	Un infectado por el VIH/SIDA debe tener contacto con los demás	91.2	89.3	95.1	3.306	.192
18	+	Se debería ayudar a vivir a los infectados con VIH/SIDA	94.9	88.2	96.6	9.311	.010
<b>Factor 2 Prejuicio hacia las personas con VIH</b>							
4	-	Los únicos que les interesa hablar de SIDA son los que están en riesgo de contraerlo	11.0	4.4	8.2	4.537	.103
5	-	Cambiaría de trabajo si supiera que un compañero esta infectado con VIH/SIDA	8.5	5.3	3.5	3.201	.202
55	-	Los Sidosos se deben de separar del resto de la población	16.0	9.2	7.9	5.388	.068
29	-	Se debe sancionar a los infectados con el VIH para evitar que se siga propagando la enfermedad	11.1	7.9	8.1	1.011	.603
40	-	Los enfermos de SIDA deben extinguirse	16.3	13.1	20.2	2.438	.296
<b>Factor 3 Integración social de personas con VIH</b>							
53	+	Aceptaría tener en mi trabajo personas que estén infectadas con VIH/SIDA	85.2	90.6	91.9	3.197	.202
39	+	Seguiría teniendo amistad con una persona aunque tuviera SIDA	85.6	93.8	93.2	6.837	.033
11	-	Sacaría a mis hijos de la escuela si hubiera hijos de personas con VIH	14.3	8.0	8.6	3.237	.198
23	-	Se deberían crear lugares fuera de la ciudad para los enfermos de SIDA	17.3	7.5	10.6	6.629	.036
6	+	Una persona con SIDA puede tener relaciones sexuales protegidas	69.9	82.5	76.4	5.472	.065
<b>Factor 4 Derechos de las personas con VIH</b>							
46	+	Las personas infectadas tienen el derecho de seguir trabajando	91.4	97.4	94.6	4.912	.086
56	+	No hay motivo para agredir a los infectados por VIH	87.8	89.1	91.4	1.081	.582
57	+	Los infectados por VIH tienen derecho a seguir viviendo	92.0	94.9	98.0	5.491	.064

Los porcentajes de las respuestas de acuerdo en las preguntas negativas que conforman esta escala de prejuicios, están por debajo del 20%. La tendencia a responder a favor en los reactivos con sentido negativo, al igual que en la escala de creencias, fue mayor en la población general.

En los reactivos con sentido positivo las respuestas a favor son homogéneas en las tres muestras y con porcentajes por arriba del 70%. En la afirmación "Una persona con SIDA pueden tener relaciones sexuales protegidas", el 64.5% de la muestra de población general contestó afirmativamente, 12 puntos porcentuales por debajo de la muestra de personal de salud, a pesar de ello no se encontró diferencias estadísticamente significativas.

En los reactivos; se debería ayudar a vivir a los infectados por el VIH, seguiría teniendo amistad con una persona aunque tuviera SIDA, y se debería crear lugares fuera de la ciudad para los enfermos de SIDA, se encontraron diferencias estadísticamente significativas al aplicar la Ji cuadrada, (ver tabla 36). En el primer caso el puntaje más bajo pertenece a la muestra de personal de salud, y en los dos restantes las diferencias se deben a la muestra de población general.

Cabe destacar que los reactivos que forman la escala de prejuicio se refieren a conductas o acciones adversas que podrían, en un caso hipotético, realizar los entrevistados; por lo que, como era de esperarse, los porcentajes a favor son muy bajos, de hecho los reactivos con contenidos mas fuertes no fueron contemplados en el análisis factorial.

Aún así se consideró de interés rescatar algunos reactivos que muestran datos interesantes, por ejemplo, el 27.4% de la población general afirma que evitaría el contacto con personas infectadas con el VIH, contra 12.5% del personal de salud y 13% de los estudiantes, encontrando en este caso diferencias estadísticamente significativas ( $X^2_2$  12.972  $p=.002$ ), el 8.5% de la muestra de población general y el 5.3% de la muestra del personal de salud "cambiaría de trabajo si supiera que un compañero está infectado" (ver tabla 36).

En las tres muestras un 10% de los entrevistados todavía considera que "El SIDA es exclusivo de los homosexuales". En afirmaciones extremas como "Se debe sancionar a los infectados con el VIH para evitar que se siga propagando la enfermedad" y "Los infectados por el VIH deben portar una pulsera que indique su condición" las respuestas a favor en población general fueron del 11 y 15 % respectivamente, y en la muestra de personal de salud del 7.9 y 11.8% en el mismo orden, aunque estos porcentajes son bajos, no deja de llamar la atención, por la persistencia de este tipo de respuestas.

Sobre sexualidad, en las tres muestras, se encontró una tendencia favorable y cierta actitud abierta hacia hablar sobre este tema como se muestra en el reactivo respectivo; "La sexualidad es un tema que debe hablarse abiertamente" con porcentajes por arriba del 90%, aunque cabe destacar que el porcentaje menor en esta pregunta es del personal de salud.

## 5. Conclusiones

En los inicios de la epidemia, cuando todavía se carecía de elementos para precisar qué era el SIDA y qué lo causaba, algunos epidemiólogos norteamericanos se referían a este mal como el "club de las cuatro H"; Homosexuales, heroinómanos, haitianos y hemofílicos, en ocasiones al club se agregaba otra "H"; "hookers" o prostitutas (Grmek, 1992). Esta situación da cuenta de cómo la enfermedad estuvo vinculada a grupos previamente desacreditados o estigmatizados. En el presente trabajo se ha ubicado al estigma del SIDA como una situación compleja que tiene matices sociales y psicológicos y que principalmente es producto de lo que la gente cree o trata de explicarse a través de su propia experiencia o de la opinión de otros: estas creencias pueden generar opiniones adversas hacia las personas que son ubicadas en estos grupos y estas opiniones generan prejuicios en diferentes grados e incluso conductas discriminatorias. La conceptualización del SIDA se caracteriza por atribuirle al enfermo su contagio; debido a conductas o pertenencia a grupos no deseables, lo que nos da un indicador de cómo se va formando el estigma.

En el estudio que se denominó fase 1 y que sirvió para obtener el significado psicológico de la palabra SIDA para construir el instrumento que se aplicó en esta investigación, se utilizó la técnica de redes semánticas pidiéndole a los sujetos que definieran los conceptos SIDA, Cáncer y Diabetes. Las definiciones proporcionadas muestran una diferencia importante entre estos tres conceptos. La densidad semántica de la red del concepto SIDA es mucho más extensa que en los otros dos. Los conceptos SIDA y Cáncer fueron definidos con atributos negativos y se muestran como estímulos fuertes. El concepto SIDA se diferencia por atribuirle al enfermo su contagio, o debido a conductas o pertenencia a grupos no deseables, lo que nos da un indicador de cómo se va formando el estigma. En el término Cáncer, aparecen atributos que le dan un significado de un mal que afecta fuertemente a quien lo posee, en el término SIDA, además de estos mismos conceptos, afloran sentimientos o emociones como; tristeza, rechazo, descuido, y está fuertemente asociado a sexo y conductas sexuales como homosexualidad y prostitución. Por el contrario el término Diabetes, es menos intenso que los anteriores, está asociado como

una enfermedad pero no aparecen descriptores que expresen sentimientos o emociones negativos.

Otro dato interesante en la red semántica de SIDA, si se compara con el modelo propuesto por Pryor y Reeder (1993), es que no aparecen grupos como hispanos, negros, y drogadictos intravenosos, lo cual tiene que ver tanto con las características sociales y culturales así como las características epidemiológicas de un país sajón con un país latino como México. En México no se realizan clasificaciones raciales, por que la población es más homogénea y la prevalencia al VIH en usuarios de drogas intravenosas es mucho menor; 1.5% (Ruiz, Magis, Ortiz *et. al.*, 1998). Esto permite afirmar que la representación que se tiene del SIDA, varía dependiendo del lugar donde se estudia, y de las referencias inmediatas que tiene la gente para conceptualizarlo.

Una vez diseñado y validado el instrumento de creencias y prejuicios sobre SIDA (fase dos), en la tercera fase de esta investigación se aplicó en tres muestras; población general, personal de salud, y estudiantes universitarios, con el objeto de establecer los niveles que presentan y así ubicar la estigmatización hacia el SIDA que poseen, además de establecer algunas diferencias entre estos grupos.

En cada escala se realizaron análisis factoriales, en el total de los sujetos entrevistados y por cada uno de los grupos asignados; población general, personal de salud y estudiantes. Tanto en la escala de creencias, como en la escala de prejuicios, en ningún caso los factores obtenidos concuerdan con las áreas originales con las que fueron concebidas ambas escalas, aunque mantienen algunos rasgos en su estructura a la construcción original.

Es de resaltar el hecho que los reactivos de las áreas de creencias religiosas y morales se encuentran muy entrelazados y se mezclan en el primer factor del análisis que incluyó a todos los sujetos. Esto concuerda con el planteamiento de que con el SIDA han resurgido la preocupación por los valores morales y la penalización religiosa (Ramos y Díaz-Loving, 1992). Otro aspecto importante es que el segundo factor implica al SIDA como un

problema lejano y de otros, ambos factores contienen reactivos negativos. Esto hace suponer que la gente en general, lo primero que hace al evocar el tema del SIDA, es asociarlo a aspectos negativos hacia el SIDA y las personas con VIH, a pesar de otorgarle puntuaciones bajas. En un segundo orden, aparece un factor con aspectos positivos que habla de educación, comprensión y apoyo, con promedios en los reactivos muy altos, lo que implica cierto impacto en la población de las campañas educativas que sobre SIDA se han efectuado.

En la escala de prejuicio, en el factorial que incluye a todos los sujetos entrevistados, hasta el segundo factor aparecen agrupados reactivos que propiamente indican prejuicio hacia personas con VIH, por lo que se puede observar que al menos en la muestra de este estudio se encontró un prejuicio bajo. Por el contrario el primer factor esta formado por reactivos que muestran una actitud favorable hacia personas con VIH. Esto muestra que también en cierto grado se ha logrado importar a la población y el prejuicio hacia el SIDA, el cual es mucho menor que en el inicio de la epidemia.

Aún así se puede observar una estrecha correlación entre las escalas de creencias y prejuicios hacia el SIDA, las cuales se incrementan en algunos factores, principalmente entre aquellos referentes a creencias religiosas, morales, de negación y prejuicio hacia las personas con VIH. De forma similar los factores que indican una actitud favorable, apoyo y comprensión correlacionan positivamente. Estos hallazgos de forma cuantitativa, concuerdan con la opinión ampliamente difundida, de la estrecha relación entre las creencias morales y religiosas con el prejuicio (Galván, 1988, Castro, 1988, Malcolm, 1994, Goldin, 1994). De esta forma se puede deducir que aquellas personas que muestren aceptación en este tipo de creencias generarán en mayor grado prejuicio hacia las personas que viven con el VIH/SIDA.

Al realizar diversas comparaciones entre los sujetos estudiados, se encontró que la edad, la escolaridad, el grupo en el que fueron clasificados, y el hacer conocido a alguien con VIH/SIDA, muestran diferencias estadísticamente significativas en ambas escalas y por lo tanto influyen en el grado de creencias negativas y prejuicio que puedan tener. De tal

manera que a mayor edad, estas se incrementan, a mayor escolaridad bajan. El haber conocido a alguien con VIH influye para que se tenga un menor grado de creencias negativas y prejuicios y finalmente la muestra denominada población general es la que tienen puntajes más altos de creencias negativas y prejuicio. En el caso de muestra de personal de salud se pudo observar que los sujetos de esta muestra, que profesan alguna religión tienen puntuaciones más elevadas en el área de creencias morales y religiosas.

Como el grupo de pertenencia es un indicador importante, se consideró de importancia realizar por separado análisis factoriales en cada muestra. Se encontraron distribuciones diferentes, indicando con ello que existen diferentes matices en la concepción del SIDA de acuerdo a las características que presenta cada muestra. Mientras que en la población en general, el SIDA es una cuestión de creencias morales y religiosas, para el personal de salud es un asunto de apoyo incluyendo el apoyo personal a las personas que viven con VIH y para los estudiantes el SIDA es una cuestión de moral y de apoyo a personas con VIH y en segundo lugar de emociones negativas hacia el SIDA, lo cual podría estar relacionado con la percepción de amenaza personal que tiene este último grupo.

Llama la atención que en factorial de prejuicios de la muestra de estudiantes, si existen separados los tres niveles de prejuicio, además de un factor adicional que hace hincapié en la ignorancia hacia el SIDA que bien podría interpretarse como temor hacia el SIDA. El reactivo "Los infectados deberían revelar su condición", contiene un potencial de prejuicio alto, sin embargo ubicado en este factor se puede interpretar más al temor que enfrentan los jóvenes y posiblemente su deseo de identificar quien potencialmente puede ser "riesgoso". Por el contrario en el caso del personal de salud, los factoriales son más variados, el factor más importante es la integración social hacia personas con VIH, y con puntajes muy bajos aparecen en el factor 2 indicadores de discriminación y en el factor 5 indicadores de antilocución.

Se consideró de interés, presentar un análisis de reactivos que conforma ambas escalas. En afirmaciones extremas como "Se debe sancionar a los infectados con el VIH para evitar que se siga propagando la enfermedad" y "Los infectados por el VIH deben portar una

pulsera que indique su condición" las respuestas a favor en población general fueron del 11 y 15% respectivamente, y en la muestra de personal de salud del 7.9 y 11.8% en el mismo orden, aunque estos porcentajes son bajos, no deja de llamar la atención, por la persistencia de este tipo de respuestas.

En las tres muestras un 10% de los entrevistados todavía considera que "El SIDA es exclusivo de los homosexuales". En uno de los primeros estudios de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), realizado en México en 1987 (Izazola, Valdespino, Juárez y col, 1989), el 60% de la población general, 40% de estudiantes universitarios y 46% del personal de salud, contestó afirmativamente en una pregunta similar. Como se puede observar, a diez años de distancia esta creencia errónea ha disminuido considerablemente, pero no deja de haber un sector importante de personas que todavía creen que el SIDA es exclusivo de homosexuales, esto es todavía más drástico, cuando las personas entrevistadas poseen un nivel de estudios alto y en el caso del personal de salud, su profesión se encuentra obligada a evitar este tipo de imputaciones.

Si bien es cierto que del total de los casos masculinos, las relaciones sexuales entre hombres es la principal vía de infección, representando un 45.3% (Dirección General de Epidemiología, 1999), esta afirmación basada en hechos, dista mucho de la generalización de atribuirle todo caso a las personas con una preferencia sexual socialmente no deseada. Esto muestra que del dato concreto a la interpretación *popular*, hay todo un proceso, donde se conforman creencias y prejuicios que terminan por etiquetar a los individuos, y de esta forma estigmatizarlos. Lo que concuerda con lo visto en el marco teórico de este trabajo, donde se ubica al estigma como un proceso de atribución con el que los individuos tienden a categorizar a otros o marcarlos socialmente.

El problema de la interpretación entre la ciencia y la opinión popular en este caso es muy evidente, y las autoridades sanitarias se encuentran en un dilema. Si orientan las campañas masivas de prevención hacia a los hombres que tienen sexo con hombres, por un lado están previendo la epidemia en un sector específico, pero por otro, la gente que no se siente aludida puede interpretar que el problema es exclusivo de los homosexuales. En

la actualidad, las campañas preventivas de las autoridades sanitarias están dirigidas a la población general y principalmente hacia los jóvenes, tratando de cubrir una proporción más amplia de población que efectivamente también esta expuesta al VIH, si bien con las autoridades sanitarias abarcan al grueso de la población, se encuentran en un dilema, porque al no referirse a otros grupos vulnerables, tratan de evitar la asociación del SIDA con el estigma, pero al evitar hablar de estos grupos, contribuyen sin quererlo con el prejuicio de antilocución.

En el caso de las mujeres que ejercen el comercio sexual, la situación es diferente; Los estudios centinela determinan una prevalencia al VIH de 0.35%, muy por debajo de la prevalencia de 15% en hombres que tienen sexo con hombres (Magis, Anaya y Uribe, 1998), a pesar de esa diferencia substancial, tanto prostitutas y homosexuales son considerados como altamente "peligrosos", lo que se interpreta popularmente como un castigo para conductas sexuales impropias. Al respecto y en concordancia con la teoría del mundo justo, (Lerner, 1980) que sostiene la existencia de una fuerte disposición a establecer un orden moral donde se justifica que los individuos obtienen lo que merecen, un reactivo utilizado en el presente estudio, sostenía que "El SIDA es un castigo para las prostitutas", al cual contestaron estar de acuerdo el 30% de la población general, el 25.5% del personal de salud y el 23.3% de los estudiantes. Nuevamente se encuentra una contradicción en lo que la gente piensa y la realidad.

Esto ha llevado a un nuevo juego de palabras, desde el punto de vista de diferentes ciencias, la clasificación de grupos es importante para poder conocer un fenómeno, cuando surgió la expresión "grupos de riesgo" se justificaba sin quererlo, la estigmatización de homosexuales y prostitutas, para evitar esta situación se cambió el termino a *práctica de riesgo*. En ese mismo sentido han surgido expresiones como; *hombres que tienen sexo con hombres*, (*men having sex with men*, en inglés) para referirse indistintamente a conductas homosexuales o bisexuales masculinas, y *trabajadoras del sexo comercial* o *sexo servidoras* (*female sex workers*, *commercial sex workers*) para referirse a las mujeres que ejercen la prostitución, Ardilla, Stanton y Gauthier (1999) Gilmore y Somerville (1994), sostienen que este fenómeno se ha repetido a nivel mundial, donde la enfermedad se

relacionó directamente con "el otro" y la sociedad no vio el problema como algo "suyo" transfiriendo la percepción de peligro no a la enfermedad sino a las personas que viven con el VIH/SIDA.

El hecho de cambiar los nombres o etiquetas, no elimina por sí solo el efecto de marca social de conductas desaprobadas o temidas, el problema no es semántico, es un problema mucho más profundo con raíces tanto sociales como psicológicas, lo malo no es el nombre sino el significado y la carga simbólica que se le atribuye. Por lo que la búsqueda de nombres más adecuados sólo son utilizados por la gente especializada o afectada directamente, para que la gran mayoría de la gente común los utilice en el sentido adecuado, pasará mucho tiempo en el mejor de los casos, si es que los utiliza. En este sentido lo importante no es buscar mejores nombres sino atacar estas raíces sociales y psicológicas que desacreditan a ciertos grupos sociales: Si bien, una gran ventaja que hay que reconocerle al SIDA es el hecho de que saca a la luz pública temas que la sociedad había negado enunciar.

El prejuicio es un fenómeno difícilmente de medir, sobre todo porque existe una tendencia a la negación, pocas veces las personas aceptan tener cierto tipo de prejuicio o lo que es peor, ignoran que lo tienen. Como se hizo la observación en el capítulo de resultados, las respuestas en los tres grupos de personas entrevistadas mostraban porcentajes bajos en los reactivos negativos y altos en los reactivos con sentido positivo, lo que puede sugerir la presencia de la deseabilidad social que influyó las respuestas de los sujetos. De hecho determinar, si la gente contesta realmente lo que piensa o lo que socialmente cree, debe contestar es un problema difícil de calcular, sobre todo en un diseño transversal como el presente trabajo, donde no hay una medición posterior. Sin embargo se tomó ciertas precauciones para disminuir considerablemente la deseabilidad social; el cuestionario fue anónimo, de forma autoadministrada, los reactivos fueron distribuidos al azar, etc. Por lo que si bien se reconoce que la deseabilidad social está presente en las respuestas, los datos arrojados son válidos y representativos de los grupos estudiados.

### **Comentarios finales y recomendaciones**

A 18 años de la aparición del SIDA, todavía se dan con frecuencia actos discriminatorios hacia las personas afectadas por esta enfermedad, y lo que es peor, se sigue propagando la enfermedad en gran medida por la ignorancia. El hecho de que el SIDA es una enfermedad estigmatizante, es claramente una afirmación ampliamente reconocida. Sin embargo esta enfermedad ha tenido su evolución y también la respuesta social ha sufrido cambios, se podría decir que esta respuesta en general es menos severa, aunque los datos arrojados por la presente investigación muestran que esta respuesta es diferente en grupos de personas, por lo que es importante continuar analizando e implementando programas educativos y campañas que mejoren estas respuestas.

En la actualidad luego de una serie de experiencias y tropiezos se cuenta con mayor información científica tanto médica como social sobre el SIDA. Todavía no existe una cura efectiva y ésta dista mucho por aparecer. Sin embargo se conoce más al SIDA para combatirlo, para evitar que se siga propagando en todo tipo de población.

Se está en posibilidad de ayudar mejor a aquellos que lo padecen, incluso existen infectados que han permanecido por más de 10 años sin presentar síntomas mayores, impera la necesidad de aprender a convivir con ellos y así facilitarles una mejor calidad de vida, diferente a la que han sido destinados. A partir de 1996, donde surgieron nuevos medicamentos denominados Inhibidores de Proteasa (Del Río, Guarner, Hermida et. al, 1998), la expectativa de vida de un infectado tiende a ser mayor, con ello la posibilidad, que el SIDA se comporte como las enfermedades crónicas que, como la diabetes, siguiendo una atención especializada permita al enfermo a vivir con el padecimiento por un periodo prolongado y en condiciones parecidas a una vida normal. Aun así, estos medicamentos por su elevado costo, representan un nuevo problema de salud, ya que el cubrir este costo mermaría los de por sí, bajos presupuestos que tiene el sector salud en un país con graves problemas económicos como el nuestro (Redorta, Saavedra e Izazola, 1999). Es por ello imperioso la necesidad de atacar al SIDA en al menos en dos sentidos; por una parte

atendiendo y aceptando a las personas afectadas por este mal y por otra parte intensificando los esfuerzos para evitar un mayor número de infecciones en la población.

Así además de los programas de información y cambios de hábitos sexuales que permitan a cada quien decidir la manera más viable de prevención, es imprescindible ahondar en las modificaciones de creencias, prejuicios y actitudes que conllevan la estigmatización del SIDA. Por ello es importante comprender las posibles diferencias que existen en cada grupo social, y plantear alternativas idóneas para cada uno; Implementando campañas específicas para los distintos grupos vulnerables, que cubran aspectos de prevención, orientados hacia incrementar la percepción del riesgo y una educación sexual acorde con la realidad actual, evitando en mayor medida los condicionamientos morales y religiosos ortodoxos. Sobre todo si consideramos que todos los jóvenes que están iniciando su actividad sexual en la actualidad, son una generación que desde que nació siempre ha existido el SIDA. Por otra parte algunos estudios sugieren (ONUSIDA, 1999), que la percepción de riesgo en la comunidad homosexual ha bajado lo que representa un incremento en prácticas con riesgo.

Los resultados obtenidos muestran que las inquietudes, expectativas e intereses de las personas dependen del grupo al que pertenecen por lo que es fundamental tomar estas diferencias para establecer programas específicos, trabajar con mensajes para población general, joven y adulta, personal de salud, entre otras. Esto abre un extenso campo para posibles investigaciones futuras, que permitan monitorear creencias, prejuicios, conocimientos, prácticas en diversas poblaciones con respecto al SIDA, ya que estas como cualquier fenómeno psicosocial varían rápidamente. La aplicación de técnicas cualitativas, por ejemplo análisis de discurso, sobre las descripciones de lo que la gente cree y piensa acerca del SIDA, daría una gran cantidad de riqueza interpretativa y proporcionaría mayores elementos para comprender las reacciones de las personas hacia el SIDA.

Al menos se pueden perfilar tres grandes grupos de campañas educativas; a nivel masivo proporcionando información básica de prevención. A nivel más específico, trabajando con grupos vulnerables, y en todos los niveles para reducir la estigmatización de personas que viven con el VIH. Estas tres acciones están definidos como objetivos en el programa de

fortalecimiento para el control y la prevención del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual 1997-2000 (Secretaría de salud, 1997). Haciendo una reflexión crítica de este programa, algunas de sus metas, no han sido cumplidas, en especial una de ellas que se refiere a disminuir al 100% las violaciones a los derechos humanos de las personas con VIH/ETS en el sector salud. Si bien con los datos obtenidos en la muestra de personal de salud se ve una notable disminución del prejuicio hacia las personas con VIH, no existe un dato objetivo que permita identificar que avance ha tenido esta meta. El reducir la estigmatización hacia las personas con VIH es una actividad que poco se ha trabajado.

La aceptación de una diversidad sexual, erradicar mitos y creencias, rechazar valores ortodoxos, es la forma para evitar la estigmatización del SIDA; promover una nueva cultura de educación sexual y de salud, donde se integre en los programas educativos, desde los niveles básicos estos contenidos, tratados de forma objetiva y práctica, alejados de falsos moralismos. Esto implica un mayor compromiso de las autoridades federales y estatales, quienes en teoría conforman un comité nacional para la prevención y control del SIDA, pero en la práctica, poco se comprometen para desarrollar con energía estas actividades, y por otra parte el compromiso y participación de diferentes sectores sociales; organizaciones no gubernamentales, civiles y políticas. El trabajo requiere tiempo pero sobre todo voluntad de todos.

## 6. Referencias

Allport, G. W. (1958). La naturaleza del prejuicio. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.

Ardilla, H. Stanton, J. y Gauthier, L. (1999). Estrategias y lineamientos para la acción en VIH/SIDA con HSH. ONUSIDA, Bogotá: Liga Colombiana de lucha contra el SIDA,

Bronfman, M, Amuchastegui, A. Martina, R. Minello, N. Rivas, M. Rodríguez, G. (1995). SIDA en México: Migración, Adolescencia y Género, México: Colectivo Sol. 2da. Reimpresión 1999.

Billig, M. (1986). Racismo, Prejuicio y Discriminación en: Moscovici, S. (1986) Psicología Social II, Barcelona: Paidós.

Castro, R. (1988). Aspectos Psicosociales del SIDA: Estigma y Prejuicio. Revista de Salud Pública de México, 30 (4),629-634.

CONASIDA. (1995). Norma Oficial para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. NOM-010-SSA2-1993. México. Secretaría de Salud.

Dawes, R. M. (1975). Fundamentos y técnicas de medición de actitudes. México: Limusa.

Del Río C. Guamer J, y Hermida E. *Et. al.* (1998). Guía para la atención Médica de pacientes con Infección por VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales, México: CONASIDA, Secretaría de Salud.

Deutsch M. y Krauss (1984). Teorías En Psicología Social. México: Ed. Paidós.

Dirección General de Epidemiología. (1999). Registro Nacional de Casos de SIDA al 1 de Junio de 1999, México: Secretaría de Salud.

Echebarría, A., y Paez, D. (1989). Social Representation and Memory: The Case of Aids. European Journal of Social Psychology, 19, 543-551.

Figuroa N, González, E. y Solis, V. (1981). Una aproximación al problema del Significado: Las Redes Semánticas. Revista Latinoamericana de Psicología, 13 (3) 447-458.

Fishbein, M. (1979). A theory of reasoned action: some applications and implications. Illinois, USA: University of Illinois at Urbana – Champaign.

Fishbein, M., Salazar, J., Rodríguez P., Middlestadt S., y Himelfarb. T. (1988). Predicción del uso de cinturón de seguridad en Venezolanos: Una aplicación de la teoría de la acción razonada en Latinoamérica. Revista de Psicología Social y Personalidad. 4. (2); 19-41.

Fishbein, M. y Ajzen I. (1990). Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research. USA: Reading Massachusetts: Addison- Wesley.

Galvan, F. coord. (1988). El SIDA en México. los efectos sociales. México: Ediciones de cultura popular. Universidad Autónoma Metropolitana, Azcapotzalco.

Gilmore, N. & Somerville, M. (1994). Stigmatization, Scapegoating And Discrimination in Sexuality Transmitted Diseases: Overcoming "Them" and US". Soc. Sci. Med. 39. (9); 1339-1358.

Goldin, C. (1994). Stigmatization and AIDS: critical issues in public health. Soc. Sci. Med. 39. (9); 1359-1366.

Goffman, I. (1963). Estigma la identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrourtu editores.

González, E. (1994). Conservadurismo y sexualidad. México: Rayuela editores.

Grmek, M. (1992). Historia del SIDA. México: Siglo Veintiuno Editores.

Gross D., (1998). Psicología. la ciencia de la mente y la conducta. México: 2ª Edición Manual Moderno.

Herek, G., & Glunt, E.K. (1988). An Epidemic of Stigma. Public Reaction to Aids, American Psychologist 43 (11) 886-890.

Hollander, D. (1985). Psicología Social. Buenos Aires: Amorrourtu editores.

Isaac, S., & Michel, W.B. (1981). Handbook in Research and Evaluation For Education and The Behavioral Sciences. San Diego, USA: Edit Publishers.

Izazola, J., y Tolbert K. (1994). Comportamiento Sexual en la Ciudad de México. Encuesta 1992-1993. Informe técnico. México: CONASIDA.

Izazola, J., Valdespino, J., Juárez, L., Mondragón, M., y Sepúlveda, J. Conocimientos, actitudes y practicas relacionadas con el SIDA Bases para el diseño de programas educativos. En: Sepúlveda, J. Bronfman, Ruiz, P. Stanislawski, E. y Valdespino, J. (1989). SIDA. Ciencia y Sociedad en México. México: 2da ed. Fondo de Cultura Económica.

Jodelet D. (1986). La Representación Social: Fenómenos concepto y Teoría en: Moscovici, S. Psicología Social II Barcelona: Paidós.

Lara-Cantu, M.A. (1990). Validez y confiabilidad de la escala de deseabilidad social de Marlowe y Crowne en una población de adultos. Salud Mental 13. 4, 35-38.

Lerner, M. (1980). The Belief in a Just World. New York: Plenum Press.

Limm, L. (1978). Actitudes verbales y conducta manifiesta: un Estudio de la Discriminación Racial. En: Summers, G. (1978) Medición de Actitudes. México: Trillas.

Magis, C., Bravo, E., Sejenovich G., Loo, E., Santarriaga M., Ruiz, A., y Anaya, L. (1997). El SIDA en México: panorama en 1997. SIDA-ETS; 3 (4); II-XII.

Magis, C. Anaya L., y Uribe P. (1998). La situación del SIDA en México a finales de 1998. Enfermedades Infecciosas y Microbiológicas. 18 (6) 236-244.

Malcolm, A. (1994). HIV and AIDS-relate discrimination, stigmatization and denial-forms and contexts. A discussion paper. Geneve: World Health Organization

ONUSIDA. (1999). Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA. Ginebra: Programa de las Naciones Unidas para la Prevención del SIDA, Junio 1999.

Paulhus D. (1984). Two component models of socially desirable responding. Journal of Personality and Social Psychology. 46, 598-609.

Pepitone A. (1991). El Mundo de las Creencias Un Análisis Psicosocial. Revista de Psicología Social y Personalidad. 7 (1) 61-79.

Perman, D., Crosby, C. (1987). Psicología Social. México: Interamericana.

Pryor B.J., Ostrom, M.(1990). Social Cognition Theory of Group Processes New York: Springer - Verlag.

Pryor B.J., Reeder, G.D. (1993). The Social Psychology of HIV Infection. USA: Illinois State University. L. Eribaun Associates.

Ramos Lira L. (1989). Algunos aspectos Psicosociales del SIDA. Salud Mental 12 (3) 55-59.

Ramos Lira L. y Diaz-Loving, R. (1992). Creencias sobre el origen del SIDA en Estudiantes Universitarios. Salud Mental 15 (4) 12-20.

Redorta, E. Saavedra, J. e Izazola, J. A., (1999). Recursos públicos en VIH/SIDA y ETS. Análisis situacional en México 1995-1998. . México: SIDALAC. Fundación Mexicana para la Salud.

Reyes Lagunes I. (1993). Las Redes Semánticas naturales, su Conceptualización y su Utilización en la Construcción de Instrumentos. Revista de Psicología Social y Personalidad, 15, (1), 81-97.

Rico, B., Bronfman, M., y Del Río, C. (1995). Las campañas contra el SIDA en México: ¿Los sonidos del silencio o puente sobre aguas turbulentas? Revista Salud Pública de México, 37 (6), 643-653.

Rodríguez, A. (1986). Psicología Social. Trillas, México.

Ruiz, A. Magis, C. Ortiz, R. Lozada, R. (1998). Conocimientos, percepción y prácticas de riesgo para Adquirir el VIH en inyectores de drogas de Tijuana, B.C. La Psicología Social en México. Vol. VII. 266-271.

Scott, A. & Wertheimer, M (1981). Introducción a la Investigación en Psicología. México: Manual Moderno.

Secretaría de Salud. (1997). Programa de fortalecimiento para el control y la prevención del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual 1997-2000. México: Secretaría de salud, CONASIDA.

Sepúlveda J., y Rico B (1989). El SIDA en México: Una introducción. En: Sepúlveda, J. Bronfman, Ruiz, P. Stanislawski, E. y Valdespino, J. (1989) SIDA, Ciencia y Sociedad en México, 2da ed. México: Fondo de Cultura Económica.

Sontag, S. (1989). El SIDA y sus Metáforas. Barcelona, España: Muchnik Editores

Uribe Zúñiga. P. (1999). El SIDA en México. Revista de Vinculación Empresa Investigación y Educación Superior, Sep.- Oct. 3 (13);27-30.

Vamder, J. (1986). Manual de Psicología Social. Argentina: 1° Edición, Biblioteca Nueva.

Whittaker (1985). Introducción a la Psicología. México: Interamericana.

Zorrilla Arena, S. (1990). Introducción a la Metodología de la Investigación. México: Paidós.

## **Apéndice 1**

**Apéndice 1**  
**REACTIVOS AGRUPADOS POR AREAS UTILIZADOS EN EL PLAN DE PRUEBA**

**1.1. CREENCIAS MORALES**

S	Reactivo	Cr	t de student	P	Inst. Final
-	Solo se debe de tener relaciones sexuales dentro del matrimonio	Si	-1.48	0.143	
-	Las personas con valores y buena moral no contraerán SIDA	No	-4.22	0.000	Si
-	El SIDA es el producto de la promiscuidad actual de la sociedad	Si	-4.15	0.000	Si
-	El SIDA es debido a la falta de orden moral	No	-3.57	0.001	Si
-	El SIDA se originó por la conducta sexual de los homosexuales	No	0.89	0.378	
-	Contraer SIDA es el pago por realizar conductas inmorales	No	-2.61	0.012	Si
+	Es erróneo pensar que el SIDA es producto de una conducta sexual desviada	Si	-0.93	0.356	
+	La promiscuidad no necesariamente conduce en todos los casos al SIDA	No	-0.05	0.957	(*)
+	la monogamia no es la única forma de evitar el SIDA	No	-0.04	0.967	
-	El SIDA es un castigo para las prostitutas	No	-2.35	0.022	Si

**1.2 CREENCIAS RELIGIOSAS**

S	Reactivo	Cr	t de student	P	Inst. Final
-	La persona que tiene SIDA esta pagando sus pecados	No	-1.86	0.680	
-	No se debe usar el condón por que la religión no lo permite	No	0.39	0.697	
-	El obedecer los designios de dios nos protegerá del SIDA	No	-2.96	0.004	Si
-	El SIDA es una peste que anuncia el Apocalipsis	No	-.045	0.656	
-	Dios decide quien tiene SIDA	No	-3.83	0.000	Si
-	Quien contrae el SIDA es porque desobedeció los mandatos de Dios	No	-3.17	0.003	Si
-	El SIDA es una prueba divina para quien lo tiene	No	-3.46	0.001	Si
+	El SIDA no es un castigo de dios	No	0.91	0.369	
+	Se debe usar condón para evitar el SIDA aún cuando lo prohíba la religión	No	-0.98	0.333	
+	Los infectados por VIH también son hijos de dios	No	-3.32	0.002	Si
+	La homosexualidad no es un pecado	Si	-2.39	0.020	Si
+	Dios protege a los enfermos de SIDA	No	-3.10	0.003	(*)

**1.3 CREENCIAS DE CONTEXTO**

S	Reactivo	Cr	T de student	P	Inst. Final
-	El SIDA es la respuesta de la naturaleza ante las desviaciones de la sociedad actual	Si	-6.29	0.000	Si
-	Para controlar al SIDA se debe regular la sexualidad	Si	-1.96	0.058	
-	Las personas con las que convivo no contraerán SIDA	No	-4.22	0.000	Si
-	En mi familia no existirá un Infectado por VIH	Si	-2.69	0.009	Si
-	Se conoce a un infectado con el VIH tan solo por su apariencia	No	-0.82	0.414	
-	Mis amigos están a salvo de contraer la enfermedad del SIDA	No	-1.86	0.067	
+	Para controlar al SIDA se debe educar a la Sociedad	No	-4.16	0.000	Si
+	Cualquier persona se puede contagiar de SIDA	No	-2.35	0.022	Si
+	Son inocentes las personas infectadas por SIDA	Si	-3.87	0.000	Si
+	El SIDA es un gran problema en México	No	-0.35	0.729	
+	Quien no se informa se contagia de SIDA	Si	-1.82	0.074	

### 2.1 CREENCIAS PSICOLOGICAS

S	Reactivo	Cr	T de student	P	Inst. Final
-	Un enfermo de SIDA es un lastre para la familia	No	-2.75	0.008	Si
-	El SIDA es la peor muerte que le puede pasar a alguien	Si	-2.92	0.005	Si
-	El SIDA es igual a muerte	No	1.70	0.094	
-	Un portador del virus que provoca el SIDA morirá rápidamente	No	-1.29	0.201	
-	No me gustaría conocer a alguien con SIDA	No	-3.35	0.001	Si
-	Tener el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es igual a tener SIDA	Si	-2.68	0.009	Si
-	Contraer SIDA es un fracaso en la vida	Si	-4.33	0.000	Si
-	Me asusta el tema del SIDA	No	0.68	0.499	
-	Un infectado por VIH/SIDA es un drogadicto	No	-2.16	0.035	Si
-	Me deprime el tema del SIDA	Si	-2.68	0.009	Si
+	Un portador de VIH/SIDA requiere del apoyo de su familia	No	-2.56	0.013	Si
+	Un portador de VIH/SIDA es un ser viviente	No	-1.81	0.078	
+	Sería mejor saber que se tiene el virus del SIDA, para no contagiar a los demás	No	-0.86	0.392	
+	La Sociedad debe brindar apoyo a los enfermos de SIDA	No	0.68	0.499	
+	Si conociera a alguien con VIH le daría mi apoyo	Si	-2.75	0.008	Si
+	Los infectados con SIDA deben ser protegidos por humanidad	Si	-2.60	0.013	Si
+	Se debe ser comprensivo con los infectados por VIH	Si	-2.02	0.048	Si
+	No es una vergüenza tener un familiar infectado por VIH/SIDA	No	-1.00	0.320	
+	Tengo miedo de infectarme de SIDA	No	-3.16	0.003	(*)
+	Me da tranquilidad es estar bien informado sobre el SIDA	No	1.48	0.143	

### 3.1 PREJUICIO DE RECHAZO Y ESQUIVAMIENTO

S	Reactivo	Cr	T de student	P	Inst. Final
-	En mi familia no se habla de SIDA	No	-0.68	0.500	
-	A los niños no se les debe hablar de sexo	No	-0.88	0.384	
-	El SIDA es un tema del cual evito hablar	No	-2.17	0.034	Si
-	Solo se debe hablar de SIDA entre adultos	No	-2.53	0.14	Si
-	Unicamente les interesa hablar de SIDA a quienes están en riesgo de contraerlo	No	-3.12	0.003	Si
-	Dudo que el SIDA no se transmita por el sudor, y las lágrimas	No	-2.28	0.026	Si
-	Evito los baños públicos para no contraer SIDA	No	-1.42	0.161	
-	Se debe de evitar a los homosexuales para prevenir contagiarse del SIDA	No	-0.98	0.331	
-	Rechazo a los drogadictos principalmente porque pueden tener SIDA	No	-1.42	0.161	
-	Evitaré el contacto con personas infectadas con VIH/SIDA	Si	-4.29	0.000	Si
-	Cambiaría de trabajo si supiera que un compañero esta infectado con VIH/SIDA	No	-3.04	0.004	Si
-	El SIDA se contagia fácilmente cuando se convive con un infectado	No	-3.01	0.004	Si
+	Para la gente con la que convivo es importante hablar de SIDA	No	2.16	0.035	Si
+	El SIDA es un tema que me interesa estar informado	No	-1.12	0.267	
+	La sexualidad es un tema que debe hablarse abiertamente	No	-3.16	0.003	Si
+	Debe de haber información clara sobre SIDA en los medios masivos	No	1.16	0.249	
+	Se debería hablar sobre SIDA para educar	No	-2.90	0.050	Si
+	Aceptaría tener en mi trabajo personas que estén infectadas con VIH/SIDA	No	-2.69	0.009	Si
+	Se puede contratar en un empleo a una persona que sea portadora del virus del SIDA	No	0.01	0.994	
+	Se puede tomar objetos que hayan sido tocados por una persona infectada por VIH	No	-0.40	0.691	
+	Saludaría a un infectado con el VIH	No	-2.61	0.012	Si

+	El trabajar con personas infectadas por el VIH no provoca que yo me infecte	No	-2.08	0.430	
+	Seguiría teniendo amistad con una persona aunque tuviera SIDA	No	-2.85	0.006	Si
+	Las personas infectadas tienen el derecho de seguir trabajando	No	-3.33	0.002	Si

### 3.3 PREJUICIO DE DISCRIMINACION

S	Reactivo	Cr	t de student	P	Inst. Final
-	Los infectados con el VIH/SIDA deberían revelar su enfermedad	Si	-3.34	0.001	Si
-	Una persona infectada por el VIH/SIDA debe ser rechazado por la sociedad	No	0.53	0.602	
-	Un enfermo de SIDA debe ser recluso en un hospicio especial	No	-0.71	0.481	
-	Hay que aislar a los enfermos de VIH para que no contagien	No	1.17	0.248	
-	Los Sidosos se deben de separar del resto de la población	No	-4.29	0.000	Si
-	Sacaría a mis hijos de la escuela si hubiera hijos de personas con VIH	No	-2.90	0.005	Si
-	El SIDA es exclusivo de homosexuales	Si	-3.65	0.001	Si
-	Se deberían crear lugares fuera de la ciudad para los enfermos de SIDA	No	-2.82	0.007	Si
+	Una persona con SIDA puede tener relaciones sexuales protegidas	Si	-3.12	0.003	Si
+	La gente con la que convivo aceptaría a personas con VIH	No	0.15	0.087	
+	Un infectado por el VIH/SIDA debe tener contacto con los demás	No	-3.39	0.001	Si
+	Un enfermo de SIDA debe ser atendido en una clínica familiar	No	-1.41	0.164	
+	Los portadores del Virus del VIH no son Sidosos	No	-2.28	0.026	Si
+	Una persona infectada con el VIH tiene todos los derechos como ser humano	No	-3.35	0.001	Si

### 3.4 PREJUICIO DE ATAQUE FISICO

S	Reactivo	Cr	t de student	P	Inst. Final
-	Se debe sancionar a los infectados con el VIH para evitar que se siga propagando la enfermedad	No	-2.31	0.024	Si
-	Un portador del VIH/SIDA va a infectar a todos intencionalmente	Si	-0.68	0.500	
-	Se debería de poner una señal que identificara cuando una persona es portadora del virus del SIDA	Si	-1.29	0.201	
-	Los infectados por VIH deberían portar una pulsera que indique su condición	No	-2.02	0.048	Si
-	El SIDA es la peste del siglo XX	Si	-6.35	0.000	Si
-	Debería de haber pena de muerte para los homosexuales	No	-2.08	0.430	
-	Debe practicarse la eutanasia con los enfermos de SIDA	No	-0.45	0.656	
-	Los drogadictos se infectaran de SIDA	Si	1.08	0.285	
-	Los enfermos de SIDA deben extinguirse	No	-4.96	0.000	Si
+	Los infectados con VIH/SIDA son un como cualquier otro ser humano	No	0.89	0.378	
+	No hay motivo para agredir a los infectados por VIH	No	-4.52	0.000	Si
+	Se debería penar severamente a aquellos que lastiman a personas con VIH	Si	-0.59	0.557	
+	Se debería ayudar a vivir a los infectados con VIH/SIDA	Si	-2.67	0.01	Si
+	La epidemia del SIDA no es para acabar con las personas indeseables	No	1.50	0.14	
+	Los infectados por VIH tienen derecho a seguir viviendo	Si	-2.55	0.013	Si
+	Hay que acabar con los conceptos erróneos sobre SIDA	No	-0.600	0.553	

S = sentido del reactivo; positivo o negativo

Cr = Se encontraron direcciones opuestas en la discriminación entre grupos contrastados por tablas cruzadas o crosstabs.

P = Significancia del valor t de Student

## **Apéndice 2**

A continuación encontrará una serie de afirmaciones sobre el VIH/SIDA. Léalas cuidadosamente y marque con una X la opción que para usted sea la más adecuada y diga si está:

ENTOTAL DESACUERDO    EN DESACUERDO    INDECISO    DE ACUERDO    TOTALMENTE DE ACUERDO

No hay respuestas ni buenas, ni malas porque cada quien posee sus propios puntos de vista. Marque solamente una respuesta por cada renglón, procurando no dejar afirmaciones sin respuesta.

	Total Desa- cuerdo	Desacuerdo	Indeciso	Acuerdo	Total de Acuerdo
1	( )	( )	( )	( )	( )
2	( )	( )	( )	( )	( )
3	( )	( )	( )	( )	( )
4	( )	( )	( )	( )	( )
5	( )	( )	( )	( )	( )
6	( )	( )	( )	( )	( )
7	( )	( )	( )	( )	( )
8	( )	( )	( )	( )	( )
9	( )	( )	( )	( )	( )
10	( )	( )	( )	( )	( )
11	( )	( )	( )	( )	( )
12	( )	( )	( )	( )	( )
13	( )	( )	( )	( )	( )
14	( )	( )	( )	( )	( )
15	( )	( )	( )	( )	( )
16	( )	( )	( )	( )	( )
17	( )	( )	( )	( )	( )
18	( )	( )	( )	( )	( )
19	( )	( )	( )	( )	( )
20	( )	( )	( )	( )	( )
21	( )	( )	( )	( )	( )
22	( )	( )	( )	( )	( )
23	( )	( )	( )	( )	( )
24	( )	( )	( )	( )	( )
25	( )	( )	( )	( )	( )
26	( )	( )	( )	( )	( )

	Total Desa- cuerdo	Desacuerdo	Indeciso	Acuerdo	Total de Acuerdo
27 Dudo de que el SIDA no se transmita por el sudor y las lágrimas	( )	( )	( )	( )	( )
28 El SIDA se contagia fácilmente cuando se convive con un infectado	( )	( )	( )	( )	( )
29 Se debe sancionar a los infectados con el VIH para evitar que se siga propagando la enfermedad	( )	( )	( )	( )	( )
30 El SIDA es la peste del siglo XX	( )	( )	( )	( )	( )
31 El obedecer los designios de dios nos protegerá del SIDA	( )	( )	( )	( )	( )
32 Para controlar al SIDA se debe educar a la Sociedad	( )	( )	( )	( )	( )
33 Un portador de VIH requiere del apoyo de su familia	( )	( )	( )	( )	( )
34 Los infectados con SIDA deben ser protegidos por humanidad	( )	( )	( )	( )	( )
35 Los infectados por VIH también son Hijos de dios	( )	( )	( )	( )	( )
36 El SIDA es un castigo para las prostitutas	( )	( )	( )	( )	( )
37 Cualquier persona se puede contagiar de SIDA	( )	( )	( )	( )	( )
38 Se debe ser comprensivo con los infectados por VIH	( )	( )	( )	( )	( )
39 Seguiría teniendo amistad con una persona aunque tuviera SIDA	( )	( )	( )	( )	( )
40 Los enfermos de SIDA deben extinguirse	( )	( )	( )	( )	( )
41 Quien contrae el SIDA es porque desobedeció los mandatos de Dios	( )	( )	( )	( )	( )
42 Las personas con valores y buena moral no contraerán SIDA	( )	( )	( )	( )	( )
43 Las personas con las que convivo no contraerán SIDA	( )	( )	( )	( )	( )
44 El SIDA es la peor muerte que le puede pasar a alguien	( )	( )	( )	( )	( )
45 Contraer SIDA es una fracaso en la vida	( )	( )	( )	( )	( )
46 Las personas infectadas tienen el derecho de seguir trabajando	( )	( )	( )	( )	( )
47 Los portadores del Virus del VIH no son Sidosos	( )	( )	( )	( )	( )
48 La homosexualidad no es un pecado	( )	( )	( )	( )	( )
49 El SIDA es el producto de la promiscuidad actual de la sociedad	( )	( )	( )	( )	( )
50 En mi familia no existirá un Infectado por VIH	( )	( )	( )	( )	( )
51 El SIDA es debido a la falta de orden moral	( )	( )	( )	( )	( )
52 El SIDA es un tema del cual evito hablar	( )	( )	( )	( )	( )
53 Aceptaría en mi trabajo a personas infectadas con VIH	( )	( )	( )	( )	( )
54 Los infectados con VIH deberían revelar su enfermedad	( )	( )	( )	( )	( )
55 Los Sidosos se deben de separar del resto de la población	( )	( )	( )	( )	( )
56 No hay motivo para agredir a los infectados por VIH	( )	( )	( )	( )	( )
57 Los infectados por VIH tienen derecho a seguir viviendo	( )	( )	( )	( )	( )
58 Dios decide quien tiene SIDA	( )	( )	( )	( )	( )
59 Son inocentes las personas infectadas por SIDA	( )	( )	( )	( )	( )
60 Solo se debe hablar de SIDA entre adultos	( )	( )	( )	( )	( )
61 Evitaré el contacto con personas infectadas con VIH	( )	( )	( )	( )	( )

¿Ha conocido a alguien infectado con VIH? SI  NO

En caso afirmativo ¿Qué relación tenía con esta persona?

a) Familiar ( ) b) Amistad ( ) c) Conocido ( ) d) Persona lejana ( )

¿Profesa Ud. alguna religión? SI  NO

En caso afirmativo ¿Qué tanto la profesa?

a) Mucho ( ) b) Poco ( ) c) Nada ( )

#### DATOS DE LA PERSONA QUE CONTESTO EL CUESTIONARIO

EDAD \_\_\_\_\_

SEXO: M  F

ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

**GRACIAS POR SU COLABORACION**