

Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida en profesionales de la salud*

Evaluation of the health professionals' knowledge, attitudes, susceptibilities and self-effectiveness related to HIV/AIDS

Avaliação dos conhecimentos, atitudes, susceptibilidades e auto-eficácia perante o HIV/AIDS nos profissionais da saúde

ANA FERNANDA URIBE**, LINDA TERESA ORCASITA***

Resumen

Los profesionales de la salud (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros) cumplen un rol de gran importancia en el desarrollo de los programas de salud sexual y reproductiva dirigidos a los adolescentes. Estos profesionales asumen constantemente problemáticas asociadas a la temática, y son quienes buscan reforzar las destrezas de los adolescentes y jóvenes para prevenir conductas de riesgo que

atenten contra su salud. *Objetivos:* evaluar los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida en los profesionales, teniendo en cuenta que son los principales agentes de cambio a los que acude la comunidad.

Metodología: la muestra se conformó por 34 profesionales de la salud, 70,6% mujeres y 17,6% hombres, con edades entre 19 y 69 años ($M = 33,71$; $DT = 11,53$), pertenecientes a una entidad de salud pública de Cali (Colombia). Se les aplicó la "Adaptación colombiana de la escala VIH/sida-65", "Escala multicomponente de fobia al sida" y "Escala de autoeficacia generalizada (SEA-27)". *Resultados:* la mayoría de los profesionales de la salud tienen conocimientos adecuados sobre la infección por VIH, una actitud positiva frente a las personas diagnosticadas con el virus y una mayor autoeficacia frente al VIH/sida. *Discusión y conclusiones:* aunque los profesionales poseen conocimientos correctos, actitudes positivas y autoeficacia frente a la infección por VIH/sida, es necesario fortalecer estrategias que refuercen algunos conceptos y comportamientos favorables frente al VIH/sida ya que son necesarios para las intervenciones dirigidas a la población que accede a los servicios que prestan los profesionales de salud, con el fin de propiciar actitudes y capacidades en el autocuidado de la comunidad.

* Proyecto financiado por Red de Salud del Norte (E-S-E) y Pontificia Universidad Javeriana de Cali.

** Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud, Universidad de Granada, España. Psicóloga. Docente-Investigadora Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga. ana.uribe@gmail.com, Bucaramanga, Colombia.

*** Psicóloga. Coinvestigador-Grupo Medición y Evaluación Psicológica. Pontificia Universidad Javeriana de Cali. Línea ciclo vital humano, riesgo y socialización. ltorcasita@javerianacali.edu.co, Cali, Colombia.

Palabras clave: personal de enfermería, salud, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, conocimientos, actitudes y práctica en salud, autoeficacia. (Fuente: DeCS, BIREME)

Abstract

Health professionals (doctors, psychologists, social workers, nurses) play a very important role in the development of teenage sexual and reproductive health programs. These professionals constantly face the problems associated with these topics, and they attempt to strengthen young people's abilities to prevent high-risk conducts that threaten their health.

Goals: evaluate the knowledge, attitudes, susceptibilities and self-effectiveness related to HIV/AIDS, considering that they are the main agents of change upon which the communities depend.

Methodology: the sample was comprised by 34 health professionals, of which 70,6% were women and 17,6% were men, between the ages of 19 and 69 years old ($M=33,71$; $DT=11,53$), that belonged to a public health institution from Cali (Colombia). To this effect, The "Colombian variant of the HIV/AIDS-65 scale", the "AIDS phobia multicomponent scale" and the "Generalized self-effectiveness scale (SEA-27) were applied. **Results:** most of the health professionals possess an adequate knowledge about the HIV infection, a positive attitude regarding people diagnosed with the virus and a higher self-effectiveness related to HIV/AIDS. **Debate and conclusions:** Although these professional possess the right knowledge, it is necessary to reinforce certain concepts and favorable behaviors related to the HIV/AIDS, as they are needed for the interventions aimed at the population that access services provided by the health professionals, with the aim of promoting attitudes and capabilities in the communities self-care.

Key words: nursing staff, health, acquired immunodeficiency syndrome, health knowledge, attitudes, practice, self-efficacy.

Resumo

Os profissionais da saúde (médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros) desempenham um papel muito importante no desenvolvimento dos programas de saúde sexual e reprodutiva voltados para a adolescência. Estes profissionais constantemente assumem a responsabilidade de abordar os problemas associados a esta questão, e também procuram o fortalecimento das habilidades dos adolescentes e jovens para prevenir condutas de risco que atentem contra sua saúde.

Objetivos: avaliar os conhecimentos, actitudes, susceptibilidades e auto-eficácia perante o HIV/AIDS dos profissionais, levando em conta que eles são os principais agentes de mudanças aos quais as comunidades acodem.

Metodologia: a amostra esteve composta por 34 profissionais da saúde; 70,6% mulheres, 17,6% homens, de 19 a 69 anos ($M = 33,71$; $DT = 11,53$) que fazem parte de uma instituição de saúde pública de Cali (Colômbia). A "Adaptação colombiana da escala HIV/AIDS-65", "Escala de multicomponentes de fobia a AIDS" e a "Escala de auto-eficácia generalizada (SEA-27)" foram utilizadas. **Resultados:** a maioria dos profissionais da saúde possui suficientes conhecimentos da infecção do HIV, mantém uma atitude positiva perante as pessoas diagnosticadas com o vírus e uma maior auto-eficácia perante o HIV/AIDS. **Discussão e conclusões:** embora os profissionais possuam conhecimentos suficientes, uma atitude positiva e auto-eficácia perante a infecção de HIV/AIDS, é preciso fortalecer as estratégias para apoiar alguns conceitos e condutas favoráveis perante o HIV/AIDS, devido a que são necessários para as intervenções dirigidas à população que utiliza esses serviços oferecidos pelos profissionais da saúde, para propiciar actitudes e as capacidades de cuidado autônomo da própria comunidade.

Palavras chave: recursos humanos de enfermagem, saúde, síndrome de imunodeficiência adquirida, conhecimentos, actitudes e prática em saúde, auto-eficácia

INTRODUCCIÓN

En la actualidad ningún profesional de la salud puede escapar a la influencia del tema del VIH/sida en su práctica diaria; esto ha llevado a la necesidad de identificar y abordar los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida en un grupo de profesionales del área de la salud. El marco desde el cual se aborda la presente investigación se soporta en los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades. Dicha definición contempla un componente subjetivo importante que se debe tener en cuenta en las evaluaciones de los riesgos para la salud. De esta manera, la promoción y prevención en salud debe integrar en sus mediciones e intervenciones procesos que contribuyan a proteger la salud y la vida digna (1). El trabajo con pacientes que tienen VIH/sida representa una carga emocional especial por las situaciones y vivencias que experimentan estos pacientes (2); los profesionales se enfrentan a una enfermedad conocida, pero muy estigmatizada, que plantea un reto profesional y especialmente personal por los temores a la transmisión del VIH.

De acuerdo con Onusida (3), desde el inicio de la epidemia 25 millones de personas han fallecido por causas relacionadas con el VIH. En forma colectiva, estas muertes representan una incalculable pérdida humana y consecuencias en los grupos familiares (orfandad) y las comunidades. Solo en 2007, 33 millones de personas vivían con el VIH y 2,7 millones de personas contrajeron el virus. En América Latina, el total estimado de nuevas infecciones por el VIH en 2007 fue de 140.000 y, en consecuencia, el número de personas que viven con el VIH asciende a 1,7 millones. De acuerdo con el informe del Ministerio de Protección Social (4) de 2009 en Colombia, la epidemia del VIH-sida en Bogotá, el Valle y Antioquia representa el 62,5% de las infecciones. A nivel nacional, Bogotá D. C. aportó el mayor número de casos de VIH (10.292; 25,2%), seguido del Valle (7.149; 17,5%) y Antioquia (5.761; 14,1%). Estos tres departamentos agruparon el 57% de los casos notificados de VIH en el país. El departamento del Valle agrupó el mayor número de casos en mujeres (2.013 casos), seguido de Bogotá (1.733 casos) y Antioquia (958 casos). El número de casos de VIH en Colombia está en aumento; se observa en los últimos años un crecimiento desproporcionado en el número de casos notificados en mujeres en comparación con los hombres, en los cuales la epidemia se está estabilizando.

Es importante reconocer que el éxito a largo plazo de la respuesta a la epidemia del VIH exigirá que se avance constantemente en atender las cuestiones de violaciones de derechos humanos, desigualdad entre sexos, y especialmente el estigma y discriminación frente a las personas diagnosticadas. El estigma, la discriminación y la marginación social son causas de riesgo y vulnerabilidad relacionados con el VIH y, por otra parte, una consecuencia que afecta a las personas diagnosticadas de VIH/sida. Los seres humanos son inherentemente sociales, y su salud física y psicológica se deteriora cuando se los aísla o se los separa de su grupo social (3). Este deterioro de los lazos sociales en las personas ocasiona que las redes sociales no cumplan su función: brindar apoyo social especialmente ante situaciones que amenazan la vida de la persona.

Los profesionales de la salud desempeñan un importante papel en esta epidemia, no solo por la atención que pueden prestar a las personas afectadas, sino también por la trascendencia que la opinión y la actitud de estos profesionales tienen a la hora de dar información

para reducir el riesgo y evitar cualquier tipo de marginación de las personas que presentan VIH/sida (5). Es en este punto donde se establece una clara retroalimentación entre la sociedad y los profesionales de la salud, pues estos reciben y resguardan, en cierta medida, los miedos, tabúes y prejuicios que tiene la sociedad. De esta forma, la atención que se da a pacientes diagnosticados de VIH/sida se debe fundamentar en aspectos éticos que permitan ofrecer a estos pacientes una atención integral, completa, equitativa, respetuosa, sin que sean víctimas de discriminación y estigmatización por el personal de salud.

En el país existe información sobre conocimientos, actitudes y prácticas frente al VIH/sida, principalmente en jóvenes y demás poblaciones consideradas de mayor riesgo y vulnerabilidad (6-8), pero poco se ha indagado sobre conocimientos y prácticas frente al VIH presentes en los profesionales de salud, que son los principales agentes que transmiten esta información a las personas, y se cree que están altamente calificadas en el tema para la prevención, tratamiento y atención del VIH/sida.

De esta forma se considera que el nivel de conocimientos sobre la infección por el VIH es necesario tanto para la prevención como para la intervención, en la cual se reconozcan sus causas y consecuencias en la salud; sin embargo, no son suficientes para generar conductas preventivas frente a la infección (9, 10). La identificación de los conocimientos y las principales ideas erróneas sobre el VIH/sida se realiza con la intención de disminuir las conductas de riesgo frente a la infección por el VIH, en la medida que se aumenten los conocimientos y se disminuyan los conceptos erróneos (11). Las actitudes son otra variable entendida como la tendencia a responder de la misma forma, ya sea favorable o no con relación a un objeto o situación dada (12). Algunas investigaciones establecen que las actitudes pueden influir en las conductas de riesgo que se emitan, lo cual genera que la actitud frente a la infección por el VIH determine el comportamiento de otros o los propios frente al VIH/sida (13).

La investigación de Uribe (14) relacionada con el tema de VIH/sida afirma que existe una serie de mitos, temores y estigmatizaciones que afectan a las actitudes de las personas frente a la infección por el VIH. Las actitudes de estigmatización hacia el VIH provienen de dos fuentes principales. La primera es el temor a la transmisión, que ha sido una fuente de estigma relacionado con

las enfermedades en todos los tiempos. La segunda son las suposiciones negativas relacionadas con los valores acerca de las personas que viven con el VIH, las que, a su vez, fomentan los prejuicios y la discriminación (3). Las principales áreas de evaluación sobre las actitudes se relacionan con las personas diagnosticadas de VIH/sida, ya sea al compartir con ellas o por características individuales como su orientación sexual. Los conocimientos sobre el VIH/sida influyen en las actitudes de las personas con relación a la infección por el VIH/sida y con relación a las personas diagnosticadas (15). Las actitudes negativas frente a las personas diagnosticadas son mayores en la medida que se tengan bajos conocimientos sobre la infección por el VIH (16, 17).

Actualmente se siguen presentando actitudes negativas frente a las personas diagnosticadas de VIH/sida, debido a que se mantiene el estigma frente a la infección (18). En India, los investigadores aplicaron un programa contra el estigma en tres importantes hospitales donde se registraron casos de maltrato hacia las personas que tenían el diagnóstico de VIH.

Después de educar al personal hospitalario acerca de la presencia de actitudes estigmatizantes, el programa puso en práctica una serie de políticas para mejorar la seguridad de los proveedores (p. ej., guantes, disponibilidad de profilaxis después de las exposiciones a sangre) y prohibió las prácticas discriminatorias, como la segregación o la demora en el tratamiento de pacientes con el VIH. Este programa multifacético causó una disminución significativa en las actitudes y las prácticas estigmatizantes de todos los niveles de profesionales de la salud y marcadas mejoras en el cumplimiento de las directrices de confidencialidad y consentimiento informado para el asesoramiento y las pruebas del VIH (3).

Los estudios o reportes acerca de la actitud que tiene el personal de salud ante el VIH/sida se han basado principalmente en discriminación y estigmatización ante estos pacientes, lo cual ha estado relacionado con los conocimientos que tienen los profesionales de la salud acerca de la infección por el VIH. En Bolivia el 34% de personal de salud refirió que tiene o tendría miedo de atender a una persona con el VIH/sida, por miedo a la infección y a la falta de material para realizar el test a todos los pacientes en los servicios de salud. El 32% afirmó que tiene el derecho de rechazar la atención a una persona diagnosticada de VIH/sida. Otro estudio, rea-

lizado en 2000 en hospitales de Buenos Aires, mostró reducción en el rechazo a pacientes con VIH/sida, pero había estigmatización hacia otros grupos vulnerables a la infección (19, 20). En Mérida (Venezuela), un programa dirigido a médicos de familia encontró un 78% de actitud positiva asociado a un conocimiento adecuado; 39% tenían disponibilidad en la atención de pacientes seropositivos (21).

En España se estudió la actitud y los conocimientos del personal de enfermería sobre el paciente con VIH/sida y se identificó miedo a la transmisión, y deficiencias en conocimientos específicos en el tema (5). De igual forma, en Barcelona el estudio realizado por Tomas *et al.* (22) con estudiantes de enfermería reportó actitudes prejuiciadas respecto al VIH/sida. En Nicaragua realizaron una encuesta a los trabajadores de la salud para valorar sus conocimientos; se encontró que 41% de las enfermeras tienen grandes brechas sobre el VIH/sida (19, 20). Otros estudios han comprobado que la actitud de los profesionales de la salud se relaciona con la seguridad laboral que se les ofrece no solo al atender a pacientes seropositivos, sino ante el riesgo de cualquier otra patología que implica riesgos para su propia salud, por ser estas de alto riesgo infectante.

De esta forma, las investigaciones mencionadas han comprobado que la falta de conocimientos sobre el tratamiento del VIH y una fuerte carga de trabajo se identifican como factores de riesgo de actitudes negativas de los profesionales de la salud hacia los pacientes VIH positivos. Se ha demostrado que mejorar los conocimientos y capacidades del personal de salud es eficaz para reducir el temor e incrementar su capacidad para prestar cuidados a las personas que tienen el VIH/sida. Rivas, Barría y Sepúlveda (23) afirman que los profesionales de la salud tienen la responsabilidad y el compromiso de dar a todos los usuarios atención de buena calidad, sin importar su raza, religión, sexo, orientación sexual, diagnóstico o pronóstico. Sin embargo, en los servicios de salud, donde las personas que viven con VIH/sida buscan y esperan recibir atención y cuidados, comúnmente enfrentan problemas de estigma y discriminación (20). En la revisión de literatura sobre actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el cuidado de las personas con VIH/sida (24) se señala que se han examinado las actitudes de las enfermeras hacia las personas que viven con el VIH/sida. Studies show that some nurses have negative attitudes and are reluctant to provide care to

people with HIV/AIDS, resulting in poorer quality nursing support being provided. Los estudios demuestran que algunos enfermeros tienen actitudes negativas y son reacios a prestar atención a las personas con VIH/sida; se considera también que las actitudes de los estudiantes de enfermería para el cuidado de las personas con VIH/sida son de vital importancia ya que se convierten en los futuros enfermeros en ejercicio. Se identificaron algunos factores relacionados con estas actitudes, entre ellos, la educación y el conocimiento del VIH/sida, el temor de infectarse por el virus, la renuencia a atender a las personas con VIH, la homofobia y el estigma asociado al virus. Esta revisión de literatura concluye que los programas educativos sobre la base de datos de investigación deben desempeñar un papel de liderazgo en el desarrollo de estrategias para ayudar a los estudiantes de enfermería a comprender y superar esas actitudes.

En un artículo desarrollado en 2003 (25) se refieren algunas palabras del discurso de Nelson Mandela sobre que “muchas personas que padecen *sida* y *no mueren de esta enfermedad, mueren del estigma que se le da a toda persona que padece del VIH/sida*”. El artículo señala que el estigma y la exclusión son fruto de actitudes y actos sociales discriminatorios hacia las personas que tienen una enfermedad que conlleva unas diferencias indeseables. Reconocer abiertamente el estigma es el primer paso para combatirlo.

Paniagua *et al.* (26) apuntan que la falta de conocimientos y los conocimientos erróneos son áreas muy importantes en la adquisición del VIH/sida. Otros factores de suma importancia son las actitudes, la susceptibilidad y la autoeficacia (27, 28). Existen tres factores adicionales de riesgo psicológico para la infección por VIH: un bajo sentido de autoeficacia, un bajo sentido de susceptibilidad y las actitudes negativas hacia las consecuencias del VIH-sida (27).

La susceptibilidad se define como la percepción que tiene un individuo del riesgo ante una enfermedad determinada (29). De acuerdo con Uribe (14), si las personas se perciben en riesgo ante una situación que posteriormente les generará consecuencias negativas, evitarán esa conducta de riesgo. En un estudio donde se relacionaban las creencias sobre la infección por el VIH y la vulnerabilidad percibida y las actitudes frente al VIH, se indica que, a mayor creencia inadecuada, mayor es la actitud negativa frente a las personas diagnosticadas

y, a la vez, tanto la vulnerabilidad percibida como la autoeficacia son menores (30).

Con respecto a la autoeficacia, es una variable de interés por las implicaciones que tiene en la salud de las personas, relacionadas con los beneficios en las estrategias de autocuidado. Bandura (31) señala que la autoeficacia es la creencia que tiene el ser humano respecto a sus capacidades y al control que ejerce sobre su funcionamiento. De acuerdo con López (32), la autoeficacia es la habilidad de un individuo para no tener relaciones sexuales sin protección, para hablar con su compañero sexual sobre las relaciones sexuales anteriores y las conductas de riesgo que hayan sido practicadas y, finalmente, la habilidad para adquirir y usar el preservativo. Algunos estudios indican que en la medida que aumentan los conocimientos, aumenta la percepción de autoeficacia (33, 26).

Los expertos afirman que aún faltan conocimientos, existen prejuicios en la educación sexual, las relaciones personales, de pareja y familia, lo cual afecta los procesos de prevención y educación en la salud sexual de las personas y mucho más de los adolescentes. De acuerdo con Padrón y Vega (34), para reducir el riesgo de infección por VIH es importante contar con conocimientos correctos, la práctica de relaciones sexuales seguras y el control sobre las infecciones, así como mantener actitudes e influencias sociales y culturales positivas.

Viveros y Gil (35) analizan el papel de los profesionales en la intervención social con relación a la salud sexual y reproductiva de los jóvenes en Colombia. Ellos identificaron el perfil de los profesionales de la salud que asumen estas actividades educativas; encontraron que la mayoría son mujeres profesionales en medicina, psicología, trabajo social, nutrición, etc. Estas personas demuestran un fuerte compromiso con el tema y una gran vocación, características usuales en quienes trabajan en programas de bienestar social. Los profesionales de la salud que asumen las tareas esenciales de estos proyectos educativos, independientemente de su formación académica inicial, buscan reforzar las destrezas de los jóvenes para autocontrolarse adaptándose a las definiciones normativas de la sexualidad.

El proceso de asesoramiento o consejería en temáticas de salud sexual y reproductiva se plantea como un espacio en el que se brindan respuestas acerca de los cuidados y los riesgos con relación a la transmisión del

VIH/sida. De acuerdo con las recomendaciones de la OPS (19), la consejería debe formar parte de todas las estrategias de prevención del VIH. En la investigación realizada por Orcasita y Uribe (36) se afirma que es importante intervenir no solo a los jóvenes, sino a los profesionales de salud para fortalecer los conocimientos que transmiten a los jóvenes frente a las temáticas de VIH, sexualidad y comportamientos de riesgo en general.

Paiva *et al.* (37) afirman que los profesionales de salud parecen tener temores de que al abrir espacios para conversar sobre prevención y anticoncepción las personas se sientan respaldadas para tomar posturas en relación con la planificación familiar con las cuales esos profesionales no están de acuerdo, basados en sus concepciones técnicas y en sus propios principios morales y éticos. El modelo de atención se basa fuertemente en aspectos subjetivos tanto de los usuarios como de los profesionales y otros miembros del equipo de salud. Desde esta perspectiva, los profesionales necesitarían contar con algunos elementos básicos para el abordaje de esta problemática, un nivel adecuado de conocimientos generales sobre sexualidad humana y un lenguaje flexible y respetuoso respecto al comportamiento de las demás personas. Esto es, precisamente lo que se requiere evaluar en los profesionales de salud que, por su naturaleza de tratar con las personas en situaciones de enfermedad y salud, tienen un imperativo ético valórico.

Los estudios citados anteriormente concluyen en la necesidad en los profesionales de salud para el abordaje de esta problemática social, que no solamente afecta a las personas diagnosticadas sino que involucra a los principales agentes que intervienen en la promoción y prevención del VIH. Aunque se tiene un fuerte compromiso social por los diferentes actores, es necesario indagar otras variables asociadas al riesgo de VIH/sida en los profesionales de la en el trabajo que se desarrolla en las entidades. En consecuencia, la presente investigación tuvo como objetivo evaluar los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida en un grupo de profesionales de la salud de Cali (Colombia), con el fin de identificar las variables prioritarias para el diseño de estrategias de intervención desde las necesidades o posibles vacíos que se presentan en estos actores encargados de intervenir en la población afectada y no afectada por el VIH/sida.

METODOLOGÍA

Diseño de investigación

Para el presente estudio se estableció un diseño no experimental exploratorio descriptivo (38).

Participantes

La muestra se conformó por 34 profesionales de salud, que se seleccionaron de manera intencional; es de aclarar que este tamaño de muestra restringe la generalización de los resultados de la población objetivo del estudio. Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta: profesionales de diferentes áreas (enfermería, médicos, trabajadores sociales y psicólogos) pertenecientes a instituciones de salud y que dichos profesionales participaran en todo el proceso del programa de intervención en salud mental, sexual y reproductiva. Las edades comprendían entre 19 y 60 años, con un promedio de 33,71 años y una desviación típica de 11,53. Los profesionales que participaron tenían acercamiento en la promoción y prevención del VIH/sida en la entidad que laboraban.

Instrumento

Se utilizaron tres instrumentos: a) Escala VIH/sida-65 (39), que consta de 65 ítems y se divide en siete subescalas: conocimiento correcto sobre el VIH/sida (20 ítems), ideas erróneas sobre prevención y transmisión del VIH (20 ítems), actitudes negativas hacia personas con sida (5 ítems), actitudes positivas sobre aspectos relacionados con el VIH/sida (5 ítems), actitudes negativas hacia los preservativos (5 ítems), percepción de susceptibilidad para la infección por el VIH (5 ítems) y percepción de autoeficacia en el uso del preservativo (5 ítems). El análisis factorial confirma la estructura de la escala y un análisis de confiabilidad con un alfa de Cronbach 0,79 para el instrumento (12). La escala VIH/sida-65 tiene diversas aplicaciones en nuestro contexto: valoración de conocimientos y actitudes en agentes sociales: maestros, trabajadores sociales, médicos, psicólogos, padres, etc.; estos grupos de personas muchas veces son los encargados de educar sobre el sida. Por ello un programa de prevención en el que se utiliza a estos grupos de personas tendría que conocer antes qué conocimientos y actitudes tienen. b) Escala multicomponente de fobia al sida (Multicomponent AIDS Phobia Scale, MAPS) (40). Consta de

20 ítems calificados de 1 a 6 según el grado en que se está de acuerdo con ellos. Se han puesto de manifiesto dos factores: miedo a infectarse y miedo/evitación de otros con sida o seropositivos. c) Escala de Autoeficacia Generalizada (SEA-27); este instrumento consta de 27 ítems tipo Likert con una variación de cinco puntos, y evalúa la autoeficacia en tres aspectos: capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias, capacidad percibida para preguntar a la pareja sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como el consumo de drogas y, por último, capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente preservativos (41). La utilización de las anteriores escalas se aplicó por la validez que tiene en la población colombiana y la implementación de las escalas en otras investigaciones que abordan la problemática del VIH/sida (8, 14, 36).

Procedimiento

En primera instancia se realizó el contacto con la institución de salud pública explicándoles los propósitos, objetivos y procedimientos relacionados con la investigación; también se les informó sobre el contenido de los instrumentos, la forma y el tiempo requerido para su aplicación. Posteriormente se diligenciaron los consentimientos informados de los profesionales de salud y se inició el proceso de aplicación de los instrumentos. La aplicación de los instrumentos osciló entre 35 y 45 minutos. Finalmente, se procedió a realizar el análisis de los datos por los investigadores a través del Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 16.0 para Windows.

RESULTADOS

Descripción sociodemográfica

Entre las características sociodemográficas de los profesionales de salud se encuentran edad, sexo, nivel socioeconómico, estado civil, entre otras. En la aplicación del instrumento participaron 34 profesionales de la salud con edades entre 19 y 69 años, con una edad promedio de 33,71 años y una desviación típica de 11,53 (véase tabla 1). El 70,6% de profesionales de la salud eran mujeres. Respecto al nivel socioeconómico, la mayoría de los profesionales de la salud pertenecen a estrato socioeconómico 3 (44,1%) (tabla 1). Los participantes eran

de diversas profesiones del área de la salud (enfermería, medicina, trabajadores sociales y psicólogos) en una institución de salud pública de la ciudad de Cali (Colombia).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de salud.

| Datos sociodemográficos | Frecuencia | Porcentaje | |
|-------------------------|--------------|------------|-----------------------|
| Edad | 19 a 30 años | 13 | 41,9 |
| | 31 a 49 años | 16 | 51,6 |
| | 50 a 69 años | 2 | 6,5 |
| | Media | 33,71 | Desv. típica 11,53 |
| Sexo | Varón | 6 | 17,6 |
| | Mujer | 24 | 70,6 |
| Nivel socioeconómico | 2 | 4 | 11,8 |
| | 3 | 15 | 44,1 |
| | 4 | 6 | 17,6 |
| | 5 | 8 | 23,5 |

Del total de los funcionarios de salud que participaron, el 76,5% ha recibido información sobre transmisión y sobre prevención del VIH/sida; el 76,5% durante los últimos 6 meses. Las principales fuentes de información fueron programas de televisión, artículos en revista y folletos elaborados por las autoridades (ver tabla 2); las fuentes de información de las cuales han obtenido menor información son la familia y amigos o conocidos.

Escala VIH/sida-65

Para la escala VIH/sida-65 se presentan los resultados obtenidos en cada una de las subescalas (conocimiento correcto, conocimiento erróneo, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia). En las escalas evaluadas se evidencia que los profesionales de la salud tienen conocimientos correctos frente al VIH/sida (media de 17,65; desviación típica de 1,12); actitud positiva (media de 4,73; desviación típica de 0,66) y autoeficacia (media de 4,17; desviación típica de 0,71) (véase tabla 3).

Tabla 2. Nivel de información de los profesionales de la salud sobre transmisión y prevención del VIH.

| | | Transmisión | | Prevención | |
|--|----|-------------|------|------------|------|
| | | F | % | F | % |
| Durante los últimos seis meses, ¿has recibido información sobre el virus del sida? | Sí | 26 | 76,5 | 26 | 76,5 |
| | No | 8 | 23,5 | 8 | 23,5 |
| Procedencia de la información recibida | | | | | |
| Programas de TV | | 10 | 29,4 | 14 | 41,2 |
| Programas de radio | | 2 | 5,9 | 2 | 5,9 |
| Artículos en revistas | | 9 | 26,5 | 11 | 32,4 |
| Artículos en periódicos | | 3 | 8,8 | 3 | 8,8 |
| Carteles en la calle | | 2 | 5,9 | 1 | 2,9 |
| Amigos/conocidos | | 1 | 2,9 | 1 | 2,9 |
| Línea de información telefónica sobre el sida, o internet | | 5 | 14,7 | 5 | 14,7 |
| Organizaciones comunitarias | | 2 | 5,9 | 3 | 8,8 |
| Folletos elaborados por las autoridades | | 8 | 23,5 | 6 | 17,6 |
| La familia | | - | - | - | - |

Tabla 3. Estadísticas descriptivas de las subescalas del VIH/sida-65 de los profesionales de la salud.

| Subescalas | Estadísticos descriptivos | | | |
|-----------------------|---------------------------|--------|-------|--------------|
| | Mínimo | Máximo | Media | Desv. típica |
| Conocimiento correcto | 14,00 | 19,00 | 17,65 | 1,12 |
| Conocimiento erróneo | 0,00 | 3,00 | 0,37 | 0,74 |
| Actitud positiva | 2,00 | 5,00 | 4,73 | 0,66 |
| Actitud negativa | 0,00 | 2,00 | 0,36 | 0,54 |
| Actitud neutra | 0,00 | 4,00 | 1,5 | 0,84 |
| Susceptibilidad | 0,00 | 3,00 | 1,85 | 0,74 |
| Autoeficacia | 3,00 | 5,00 | 4,17 | 0,71 |

Conocimientos correctos e ideas erróneas frente al VIH/sida

En términos generales, los profesionales de la salud tienen *conocimientos correctos* frente a la infección por VIH/sida. Específicamente en las *formas de transmisión* tienen claridad sobre las principales vías de infección, como a través de las relaciones sexuales de hombres o mujeres (97,1%), por relación sexual de tipo anal (94,1%), el consumo de drogas intravenosas (97,1%) y transfusiones sanguíneas (97,1%). Se dimensiona el semen como el fluido a través del cual se puede transmitir el VIH/sida (94,1%). Sin embargo, entre los conceptos erróneos se encuentran algunos considerados factores de riesgo para la infección por VIH: por ejemplo, el 20,6% de los profesionales de la salud afirman que es falso que los hijos de una madre corran mayor riesgo de infectarse por el VIH; un 17,6% afirman que es falso que los homosexuales corren un alto riesgo de infectarse por el virus del sida. En cuanto a las *formas de prevención* y manifestación del virus, existen ideas correctas en la mayoría de los aspectos evaluados.

Actitudes frente a la infección por VIH/sida

Respecto a las actitudes que emiten los profesionales de salud de esta investigación, se observa que un 26,5% se encontraban de acuerdo en que se sentirían incómodos usando el mismo baño y vestuario de una persona con el virus del sida; otro aspecto importante es que el 32,4% desconoce si se está invirtiendo en el sida demasiado tiempo, dinero y otros recursos en comparación con otras enfermedades. Con relación a las actitudes positivas se observó que los profesionales de la salud consideran que es importante que los estudiantes aprendan sobre el sida en clases de comportamiento y salud (100,0%), y creen que cualquiera que se inyecte drogas debe realizarse las pruebas del virus del sida (94,1%). Respecto al autocuidado y uso del preservativo, un alto porcentaje (91,2%) considera que el condón es adecuado para la prevención, pero un 20,6% considera que disminuye el placer sexual y el 14,7% están de acuerdo en que parar durante el acto sexual para ponerse un preservativo hace el sexo menos divertido.

Susceptibilidad frente al VIH/sida

Cuando se evalúa el *riesgo personal* frente a la infección por el VIH, los profesionales de salud evaluados consideraban que pueden infectarse por el virus (61,8%), mientras que el 23,5% afirma lo contrario. Asimismo, les preocupa contraer el virus del sida (82,4%), lo que puede funcionar como un factor de protección frente a la infección.

Autoeficacia

Un dato relevante en la autoeficacia de los profesionales de salud es la creencia de que son capaces de pedir a sus parejas que usen condón (97,1%), y de llevarlo por si deciden tener relaciones sexuales (88,2%); son factores de protección importantes para esta población.

Escala multicomponente de fobia al sida

La Escala multicomponente de fobia al sida evalúa los temores de los profesionales de salud frente a la infección por VIH (véase tabla 4). Los resultados evidencian *diversos temores* que tienen los profesionales de la salud frente al VIH/sida, los cuales se fundamentan posiblemente en algunos conceptos erróneos frente al VIH/sida. En relación con las formas de transmisión y no transmisión del VIH, se observó que el 17,6% se asustaría si le tocara cuidar a un paciente con sida, el 20,6% se sentiría incómodo estando en la misma habitación con una persona que tuviera sida y el 23,5% no comería alimentos que han sido preparados por alguien que es VIH positivo. También se observó desconocimiento de las medidas de bioseguridad que se tienen en los centros de salud y que aplican los profesionales que trabajan en ellos. Un 17,6%, si averiguaran que su dentista es VIH positivo, no continuarían contando con él para el tratamiento dental; igualmente, el 23,5% se sentirían incómodos si un médico que es VIH positivo les hiciese una exploración física (véase tabla 4). Con relación a la posibilidad de adquirir el VIH o transmitirlo, se encontraron resultados que generan preocupación y corroboran algunos hallazgos respecto a los comportamientos de riesgo para la infección por VIH que realizan los profesionales de salud. Específicamente, al 17,6% de los profesionales de la salud no les preocupa transmitir el VIH a otras personas y el 14,7% consideran que tienen un alto riesgo de infectarse por el VIH (véase tabla 4).

Escala de autoeficacia para el sida (SEA-27)

Se realiza una descripción de cada una de las subescalas de la Escala de autoeficacia para el sida (SEA-27); se calcularon las puntuaciones mínima y máxima, así como su media y desviación típica (ver tabla 5). De acuerdo con la desviación típica, se establecieron los niveles para cada una de las subescalas. Los profesionales de salud se ubican en un nivel de autoeficacia alto en la mayoría de las subescalas, oscilando en puntajes mayores de 58,8%.

DISCUSIÓN

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), desde que surgieron, han estado acompañados por el miedo, el estigma, la discriminación y, en muchos países, la marginación. Estos factores han determinado las actitudes, mitos o creencias que se tienen de la infección, incluso en los grupos que juegan un papel primordial en el apoyo a las personas con VIH, como el personal de salud, lo cual se evidenció en esta investigación. Los profesionales de la salud evaluados presentaron un buen nivel de conocimientos correctos, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida; sin embargo, se mantienen actitudes negativas y algunos temores asociados al contacto con las personas que tienen el diagnóstico de VIH. Un aspecto preocupante son las fuentes de información a las cuales tiene más acceso la población, como los programas de televisión y folletos de las autoridades. Los profesionales de la salud deben contar con programas oficiales de formación sobre el tema, estar orientados y acompañados por profesionales expertos que fortalezcan sus conocimientos y sobre todo que contrasten sus actitudes basados en planteamientos científicos. Este apoyo debe ser interdisciplinario ya que la infección por VIH implica conocimientos sobre microbiología, medicina, psicología y trabajo social, entre otros. No es una problemática unicausal ni unifactorial, y nunca cesa la actualización.

Los hallazgos analizados a la luz de la literatura referenciada permiten reflejar que los profesionales de salud requieren fortalecer el tema de VIH/sida, lo cual queda demostrado por el aumento significativo de personas infectadas y necesidades de intervención en la población (3). Concretamente, factores como los conocimientos correctos, ideas erróneas, temores, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida son

Tabla 4. Distribución de la muestra de los profesionales de la salud en función de cada uno de los ítems de la Escala multicomponente de fobia al sida.

| Ítem | 0 = firmemente en desacuerdo y 5 = firmemente de acuerdo | | | | | | | | | | | |
|--|--|------|---|------|---|------|---|------|---|------|----|------|
| | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| 1. No me preocupa contraer el sida | 29 | 85,3 | 2 | 5,9 | - | - | - | - | - | - | 2 | 5,9 |
| 2. No me haré las pruebas del VIH porque tengo demasiado miedo a los resultados | 26 | 76,5 | 2 | 5,9 | 1 | 2,9 | - | - | - | - | 4 | 11,8 |
| 3. Cuando siento molestia o dolor, asumo que se debe a una enfermedad grave como el sida | 28 | 82,4 | 1 | 2,9 | 1 | 2,9 | - | - | - | - | 3 | 8,8 |
| 4. Rechazaría una transfusión de sangre debido al sida | 24 | 70,6 | 3 | 8,8 | 2 | 5,9 | - | - | - | - | 2 | 5,9 |
| 5. No permitiría que un médico que fuese VIH positivo me diera puntos de sutura | 15 | 44,1 | 6 | 17,6 | 2 | 5,9 | 2 | 5,9 | 3 | 8,8 | 4 | 11,8 |
| 6. Debido al sida, no compartiría un vaso con un amigo | 24 | 70,6 | 3 | 8,8 | - | - | 1 | 2,9 | 1 | 2,9 | 4 | 11,8 |
| 7. Me preocupa transmitir el virus del sida a otras personas | 6 | 17,6 | - | - | - | - | - | - | 1 | 2,9 | 26 | 76,5 |
| 8. Si averiguara que mi dentista es VIH positivo, continuaría contando con él para el tratamiento dental | 6 | 17,6 | 5 | 14,7 | 2 | 5,9 | 4 | 11,8 | 2 | 5,9 | 13 | 38,2 |
| 9. Me sentiría cómodo estando en la misma habitación con un amigo que tuviera sida | 7 | 20,6 | 3 | 8,8 | 3 | 8,8 | - | - | 3 | 8,8 | 16 | 47,1 |
| 10. No me asustaría cuidar a un paciente con sida | 6 | 17,6 | 3 | 8,8 | 1 | 2,9 | 2 | 5,9 | 1 | 2,9 | 3 | 8,8 |
| 11. No me fio de los resultados de las pruebas de VIH | 19 | 55,9 | 5 | 14,7 | 3 | 8,8 | 2 | 5,9 | 1 | 2,9 | 3 | 8,8 |
| 12. Evito ver programas de televisión sobre el sida | 29 | 85,3 | 1 | 2,9 | - | - | - | - | - | - | 2 | 5,9 |
| 13. Compruebo mi cuerpo con frecuencia para identificar signos del sida | 18 | 52,9 | 1 | 2,9 | 2 | 5,9 | 2 | 5,9 | 2 | 5,9 | 8 | 23,5 |
| 14. Creo que soy VIH positivo | 28 | 82,4 | 2 | 5,9 | - | - | - | - | - | - | 2 | 5,9 |
| 15. No puedo dejar de preocuparme por el sida | 15 | 44,1 | 3 | 8,8 | 2 | 5,9 | 1 | 2,9 | 1 | 2,9 | 11 | 32,4 |
| 16. Me sentiría cómodo si un médico que es VIH positivo me hiciese una exploración física | 8 | 23,5 | 3 | 8,8 | 4 | 11,8 | 2 | 5,9 | 3 | 8,8 | 11 | 32,4 |
| 17. Comería alimentos que sé que han sido preparados por alguien que es VIH positivo | 8 | 23,5 | 3 | 8,8 | 2 | 5,9 | 2 | 5,9 | 5 | 14,7 | 13 | 38,2 |
| 18. Temo que moriré de sida | 28 | 82,4 | 1 | 2,9 | - | - | - | - | 2 | 5,9 | 2 | 5,9 |
| 19. Considero que tengo un alto riesgo de contraer VIH | 22 | 64,7 | 1 | 2,9 | - | - | 4 | 11,8 | - | - | 5 | 14,7 |
| 20. Visitaría un vecindario en el que viviera alguien con sida | 3 | 8,8 | - | - | - | - | - | - | 3 | 8,8 | 27 | 79,4 |

Tabla 5. Distribución de la muestra en función de la frecuencia y porcentajes de la Escala de autoeficacia para el sida.

| Subescalas | Niveles | | | | | |
|---|---------|-----|-------|------|------|------|
| | Bajo | | Medio | | Alto | |
| | F | % | F | % | F | % |
| Capacidad de decir no en las relaciones sexuales | 3 | 8,8 | 11 | 32,4 | 20 | 58,8 |
| Capacidad de hablar, con la pareja, de las experiencias sexuales pasadas y de las conductas de riesgo | 2 | 5,9 | 11 | 32,4 | 21 | 61,8 |
| Uso del preservativo | 2 | 5,9 | 11 | 32,4 | 21 | 61,8 |
| Actitudes hacia el matrimonio, la fidelidad y la conversación sobre relaciones sexuales | - | - | 14 | 41,2 | 20 | 58,8 |

variables fundamentales en la intervención. Así mismo, es necesario que se conozcan las principales medidas de bioseguridad que se deben tener en los centros de salud; en la investigación realizada se encontró que los profesionales evaluados desconocen las medidas de bioseguridad de la institución donde laboran. Todo ello es necesario saberlo debido a que son los profesionales de salud quienes tienen la comunicación y contacto directo con los pacientes para transmitir los conocimientos y comportamientos favorables frente a la problemática actual del VIH. Por tanto, y como lo establece la ley, es fundamental la implementación de políticas de seguridad ocupacional no solo en cuanto a riesgos biológicos sino también psicosociales a los cuales están expuestos los profesionales. Uno de ellos, el no contar con la suficiente formación sobre el tema y tener que responder a situaciones y preguntas que demandan sus capacidades.

Aunque el nivel de conocimiento en los profesionales de salud es favorable (21), siendo congruente con lo encontrado en la presente investigación, los resultados evidencian temores en los profesionales de la salud evaluados; esto se relaciona con otras investigaciones donde el personal de salud refería que tiene o tendría miedo de atender una persona infectada con VIH o relacionarse con ella (3, 19, 20). De esta forma, se siguen manteniendo aún prejuicios y discriminación frente a las personas con VIH, las cuales se mantienen en los resultados de la investigación realizada, donde el grupo de profesionales manifiestan algunos temores a relacionarse con personas diagnosticadas del virus. Sin embargo, no son solo los prejuicios sino también el nivel de profundidad en

las formas de transmisión del virus, para lo cual la formación en microbiología permitiría la reducción de estos temores (16, 17) y a la vez de estos mitos que afectan la atención integral del paciente.

Por otro lado, en la variable susceptibilidad a la infección por el VIH/sida, los profesionales de la salud informan poca susceptibilidad al VIH. Con respecto al riesgo personal frente a la infección, los profesionales de la salud consideran que pueden contraer el virus y les preocupa tener el diagnóstico, lo que podría funcionar como un factor de protección frente a la infección; sin embargo, no les preocupa transmitir el VIH a otras personas; un aspecto que se necesita trabajar en los profesionales sería la invulnerabilidad percibida. Con base en esto, con los profesionales de la salud es fundamental un trabajo de coherencia entre su vida personal y profesional, sobre todo en la reflexión sobre la vulnerabilidad percibida, las conductas de riesgo y de protección y el establecimiento de estrategias de autocuidado.

Es importante mencionar que los resultados sobre la autoeficacia muestran que los profesionales de la salud presentan altos niveles asociados a uso de métodos de protección frente a la infección por VIH y tienen conocimiento frente a las consecuencias de no utilizar medidas de protección (27). De igual forma, los resultados permiten establecer una primera aproximación a las variables que pueden influir en la forma como los profesionales asumen y abordan el tema de VIH/sida en su práctica profesional. Aún se carece de estudios que den cuenta de cómo se encuentran los profesionales de la salud frente a este tema, ya que la información se ha

centrado principalmente en jóvenes o madres gestantes, por ser considerados un grupo de mayor riesgo.

Se logró identificar algunas de las necesidades presentes en las variables evaluadas en el grupo de profesionales de salud que hicieron parte de la investigación con respecto al tema de VIH/sida. Entre los aportes del trabajo se resalta la evaluación a profesionales encargados del área de la salud que abordan el VIH/sida en su práctica, la integración de conocimientos, actitudes y prácticas desde la perspectiva de cada participante y la evaluación desde distintas áreas de la salud (enfermería, psicología, trabajo social y medicina).

El trabajo en salud en general, y en particular el trabajo que moviliza aspectos emocionales de las personas como es el caso de la problemática del VIH/sida, lleva a la necesidad de generar espacios, ámbitos de encuentro que permitan a los profesionales tener un lugar donde se cuestionen con otros las implicaciones de su práctica profesional. De esta forma, cuando se construyen estrategias de prevención e intervención para atender u orientar los problemas de salud, no solamente debe dirigirse a la población afectada, sino a los actores involucrados en el fortalecimiento del autocuidado. De acuerdo con lo planteado por Campos (42), todos los actores (los profesionales de salud, el personal administrativo, los usuarios del sistema) tienen diferentes grados de poder y por ende capacidad de planificación, por lo cual es importante el desarrollo de habilidades y comprensión en las relaciones que se tejen en los profesionales de salud y las personas con diagnóstico de VIH, en lo que se ponen en juego percepciones, actitudes y conocimientos. A diferencia de otras investigaciones realizadas en profesionales de la salud, esta aportó elementos asociados a temores frente al contacto que se establece entre una persona diagnosticada y el profesional de la salud.

El VIH/sida involucra a todos los miembros de una sociedad: a los infectados y a quienes temen infectarse; al diagnosticado y al que diagnostica; al tratado y a quien prescribe, administra y evalúa el tratamiento. A las entidades formadoras del personal en el área de la salud les corresponde sensibilizar a los educandos para que desde el inicio, y especialmente como profesionales, puedan enfrentar todas las orientaciones necesarias frente al VIH/sida.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Esta investigación concluye que los profesionales de la salud evaluados poseen conocimientos correctos frente a la infección por VIH/sida; sin embargo, es importante implementar estrategias que actúen directamente sobre algunas de las necesidades evaluadas en la investigación (ej.: seguir fortaleciendo conocimientos, cambiar actitudes y temores, incrementar autoeficacia) y dar continuidad a investigaciones que evalúen a los profesionales encargados de la promoción y prevención en salud. Dichas estrategias podrían articularse a las iniciativas de investigaciones y proyectos desarrollados en Cali (8, 14) que involucran en sus programas de intervención a los diferentes agentes de cambio en salud. Estos programas no deben ser esporádicos sino continuos y contextualizados a las necesidades de cada uno de los profesionales de los diferentes sectores del país, ya que existen diferencias en acceso a la educación continua y a las políticas gubernamentales departamentales.

En la formación del personal de salud deben emplearse métodos de docencia creativos e innovadores que estén dirigidos no solamente a los pacientes, sino al personal que acompaña dichos procesos de intervención. Cuanto más contacto tenga el personal de salud con personas que viven con el VIH/sida, mayores serán sus conocimientos y mejor su actitud. Por tanto, es fundamental el contacto directo, el manejo de casos reales que les permitan a los profesionales identificar conductas, ideas y sobre todo experiencias que favorecen la prevención en poblaciones de alto riesgo.

Se requiere implementar campañas sobre el abordaje del VIH/sida, con el fin de que todo el personal de salud tenga información relacionada con las prácticas de intervención en el diagnóstico y manejo, así como implementar rotación del personal de salud por los programas de asistencia al paciente con VIH y capacitación continua en el tema, que incluya evaluaciones periódicas que midan el retorno de la inversión en cuanto a calidad en la atención y en la intervención. Las campañas deben incluir canales de difusión acompañados de profesionales expertos en el tema. Un solo espacio de formación no es suficiente para intervenir y prevenir el VIH/sida; es un proceso continuo de autoformación y educación formal que actualice y mejore la atención integral del paciente y su entorno.

La prestación de servicios de salud comprende la asistencia sanitaria esencial y accesible a todas las per-

sonas, constituyéndose en el primer contacto entre la comunidad y los profesionales de la salud. La prevención es una acción que por su importancia requiere involucrar a toda la comunidad y trabajar junto con las personas comprometidas con la salud y la calidad de vida. Con esta investigación se pretende motivar al estudio no solo del paciente sino de los encargados de la salud física y psicológica de las personas afectadas y de los profesionales de promoción y prevención en salud. Algunas de las limitaciones del presente trabajo se relacionan con el tamaño de la muestra y la estratificación por áreas de desempeño de los profesionales de la salud. Con respecto al uso de las escalas, se sugiere que sean de menor densidad (número de preguntas), y complementar con estudios cualitativos que permitan profundizar los conocimientos, actitudes y prácticas de los participantes.

Finalmente, se recomienda seguir investigando en otras instituciones de salud nacionales que realizan esta misma labor para planear y ejecutar estrategias que redunden en la formación y educación continua de los profesionales de la salud que atienden a personas con VIH/sida. Por último, sería importante en futuras investigaciones estudiar la relación entre las diversas variables estudiadas. Esta investigación puede dar un primer acercamiento para plantear programas en el tema de VIH/sida, dirigidos no solo a las personas afectadas por este, sino a las encargadas de velar por su cuidado y salud, con el fin de que se incremente el efecto de dichos programas sobre el comportamiento de autocuidado en la población. Es necesario crear instancias de conversación y foros referentes al sida y sus implicaciones, generando una cultura en sintonía con los valores del respeto e interés por las personas afectadas (23).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) García M. Una propuesta de construcción de modelos y proyectos de salud con las personas y para las personas. *Av. enferm.* 2005; XXIII(1):53-63.
- (2) Cazenave A, Ferrer X, Castro S, Cuevas S. El familiar cuidador de pacientes con sida y la toma de decisiones en salud. *Revista Chilena de Infectología.* 2005; 22(1):51-57.
- (3) Onusida. Informe sobre la epidemia mundial de sida 2008 [consultado 15 de octubre de 2009]. En: <http://www.unaids.org>
- (4) Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública. *Inf Quinc Epidemiol Nac.* 2009; 14(7):97-112.
- (5) Jiménez JR. Actitudes y conocimientos de profesionales de enfermería sobre el paciente VIH/sida. Ángeles Merino Godoy. Unidad de Infecciosos del Hospital General de Huelva. *Nure Investigación.* 2004; 6:1-6.
- (6) López N, Vera LM, Orozco LC. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes de Bucaramanga. *Colomb med.* 2001; 32:32-40.
- (7) Caballero R, Villaseñor A. Conocimientos sobre VIH/sida en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbre. *Salud Pública Mex.* 2003; 45:108-114.
- (8) Uribe AF, Valderrama LJ, Sanabria AM, Orcasita LT, Vergara T. Descripción de los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH /sida en un grupo de adolescentes colombianos. *Pensamiento Psicológico.* 2009; 5:45-62.
- (9) Bayes R. *Sida y Psicología.* Barcelona: Martínez Roca; 1995.
- (10) Díaz-Loving R. Una visión integral de la lucha contra el VIH-sida. *Interam. j. psychol.* 2001; 35:25-39.
- (11) Diclemente RJ, Crosby RA, Wingood GM. La prevención del VIH en adolescentes: deficiencias detectadas y enfoques nuevos. *Perspectivas.* 2002; 32:25-39.
- (12) Fishbein M, Ajzen I. *Belief, attitude, intention and behavior. An introduction to theory and research.* Reading (MA): Adison-Wesley; 1975.
- (13) Sánchez G. Representaciones psicosociales sobre el sida. *Información Psicológica.* 1997; 63:198-200.
- (14) Uribe AF. Evaluación de factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH/sida en adolescentes colombianos. [Tesis doctoral]. Granada (España): Universidad de Granada, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico; 2005.
- (15) Bermúdez MP, Teva I. Situación actual del sida en España: análisis de las diferencias entre comunidades autónomas. *Rev. int. psicol. clín. salud.* 2004; 4:553-570.
- (16) Edwards S. Sexually active adolescents have less knowledge and less fear of HIV than their abstinent peers. *Fam. plan. perspect.* 1992; 24:142-143.
- (17) Imperato AM. Acquired immunodeficiency syndrome and suburban adolescents: Knowledge, attitudes, behaviors and risks. *J. community health.* 1996; 21:329-347.
- (18) García MA. Educación y prevención del sida. *An. psicol.* 2005; 21:50-57.
- (19) Organización Panamericana de la Salud. Manual para el trabajo de equipos de salud de establecimientos de atención

primaria. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud; 2002.

(20) Foreman M, Lyra P, Breinbauer C. Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/sida en el sector salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2003.

(21) Barrón R, Adalberto J, Cham P, Gonzalo A, Huerta J. Actitud del médico familiar ante el paciente con VIH/sida. Factores relacionados. *Rev. Med. IMSS*. 2000; 38(3):203-209.

(22) Tomas J *et al.* Actitud ante el sida en estudiantes de enfermería: ¿cuál es el papel de la formación académica? *Educ. Med.* 2003; 6(2).

(23) Rivas E, Rivas A, Barría M, Sepúlveda C. Conocimientos y actitudes sobre VIH/sida de estudiantes de enfermería de las universidades de la frontera y austral de Chile. *Temuco-Valdivia. Cienc. enferm.* 2009; XV(1):109-119.

(24) Gascons P. Las enfermeras al cuidado de todos. *Contra el estigma del sida. Nursing.* 2003; 21:6-7.

(25) Pickles D, King L, Belan I. Attitudes of nursing students towards caring for people with HIV/AIDS: Thematic literature review. *J Adv Nurs.* 2003; 65(11):2262-2273.

(26) Paniagua FA, O'Boyle M, Wagner KD. The assessment of HIV/AIDS knowledge, attitudes, self-efficacy, and susceptibility among psychiatrically hospitalised adolescents. *Journal of HIV/AIDS.* 1997; 1:65-104.

(27) Bandura A. Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Medien Psychologie.* 1990; 1:23-43.

(28) Catania JA, Kegeles SM, Coates J. Toward an understanding of risk behavior: An AIDS Risk Reduction Model (ARRM). *Health educ. q.* 1990; 17:53-72.

(29) Cabrera G, Tascón J, Lucumí D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Salud pública.* 2001; 19:91-101.

(30) Boer H, Emons PAA. Accurate and inaccurate HIV transmission beliefs, stigmatizing and HIV protection motivation in northern Thailand. *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/HIV.* 2004; 16:167-176.

(31) Bandura A. Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. In: Diclemente R, editor. *Adolescents*

and AIDS: A generation in jeopardy. Newbury Park (CA): Sage; 1994. p. 89-116.

(32) López F. Sida, comunicación y educación. Investigación con adolescentes de 13 a 19 años. México, D. F.: Universidad Autónoma de Nuevo León; 1996.

(33) Mize S, Robinson B, Bockting W, Scheltema K. Structure of HIV knowledge, attitudes, and behaviors among American Indian Young adults. *AIDS educ. prev.* 2002; 14:401-419.

(34) Padrón L, Vega C. Conocimientos y actitudes de riesgo para infección por el virus de inmunodeficiencia humana en estudiantes de Medicina Integral Comunitaria. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. Medisur.* 2009; 7(1):12-19.

(35) Viveros M, Gil F. ¿Educadores, orientadores, terapeutas? Juventud, sexualidad e intervención social. *Cad. Saude Pública.* 2006; 22(1):201-208.

(36) Orcasita PLT, Uribe AF. Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali (Colombia). *Revista Virtual Universidad Católica del Norte.* 2009; 27 [consultado junio 1 de 2009]. En: http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php?option=com_content&task=view&id=77&Itemid=1.

(37) Paiva V, Filipe E, Santos N, Lima T, Segurado A. The right to love: The desire for parenthood among men living with HIV. *Reprod. health matters.* 2003; 11(22):91-100.

(38) Montero I, León O. Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en psicología. *Rev. int. psicol. clín. salud.* 2005; 5:115-127.

(39) Bermúdez MP, Buena-Casal G, Uribe AF. Cuestionario general. España: Universidad de Granada; 2005. (Documento sin publicar).

(40) Harrell JP, Wright LW. The development and validation of the Multicomponent AIDS Phobia Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment.* 1998; 20:201-216.

(41) López-Rosales F, Moral-Rubia J. Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del sida en adolescentes. *Salud pública Méx.* 2001; 43:421-432.

(42) Campos G. O anti-taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saude Publica.* 1998; 14(4):863-870.