

ACTITUD DE TRABAJADORAS SOCIALES HACIA PORTADORES DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN CENTROS DE SALUD COMUNITARIA

SOCIAL WORKERS' ATTITUDES TOWARD CARRIERS OF HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV) IN COMMUNITY HEALTH CENTERS

Recibido: 29 de Agosto del 2012 | Aceptado: 23 de Abril del 2013

CRUZ **GARCÍA LIRIOS**¹; JAVIER **CARRIÓN** GUILLÉN²;
JORGE **HERNÁNDEZ** VALDÉS³; JOSÉ MARCOS **BUSTOS** AGUAYO⁴
(UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, México D.F., México)

RESUMEN

Los sistemas de salud enfrentan problemas de calidad del servicio y negligencia médica-asistencial que desvirtúa su función y desprestigia a su talento médico asistencial. En el marco de tal problemática, resulta fundamental estudiar la relación entre profesionistas de la salud y usuarios del seguro médico. El objetivo del presente estudio fue establecer las propiedades psicométricas de un instrumento que midió la norma y la actitud hacia portadores de VIH. Con una muestra de 130 profesionistas del Trabajo Social se estimó la confiabilidad y validez así como las relaciones entre variables sociodemográficas, socioeconómicas, normativas y actitudinales. A partir de un modelo estructural ($X^2 = 16.734$; 13 gl; $p = .000$; RMR = .000; GFI = 1.00), se encontró que el principal hallazgo fue la relación directa y positiva entre norma y actitud ($\beta = .70$) y la relación indirecta y negativa entre sexo y actitud a través de la norma ($\beta = -.47$). En referencia a otros estudios, se discutieron los alcances y límites así como las recomendaciones para ampliar el estudio a otros profesionistas de la salud con la inclusión de otras variables cognitivas en el modelo expuesto.

PALABRAS CLAVE: Salud, VIH, sexo, norma y actitud.

ABSTRACT

Health systems face problems of quality of service and medical malpractice which undermine their role and their medical calling and which also discredit medical care. In the context of such problems, it is essential to study the relationship between health care professionals and users of health insurance. The objective of this study was to establish the psychometric properties of an instrument that measured norms and attitudes toward HIV carriers. Using a sample of 130 professional social workers, the authors estimated the reliability, validity and the relationships between socio-demographic, socio-economic, and attitudinal norms. From a structural model ($X^2 = 16,734$, 13 df; $p = .000$, RMR = .000, GFI = 1.00), the principal finding was the positive relationship between norm and attitude ($\beta = .70$) and the negative indirect relationship between sex and attitude through the norm ($\beta = -.47$). The scope and limits of these findings are discussed with reference to other studies, and a recommendation to expand the study to other health professionals and to include other cognitive variables in the model set is made.

KEY WORDS: Health, HIV, gender, norms and attitude.

1. Universidad Autónoma del Estado de México, Unidad Académica Profesional Huehuetoca garcialirios@gmail.com

2. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Contaduría y Administración javierg@unam.mx

3. Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Trabajo Social lorheval@unam.mx

4. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza marcos.bustos@unam.mx

INTRODUCCIÓN

En el marco de los sistemas e instituciones de salud, la satisfacción, el desempeño y el compromiso laboral han sido variables fundamentales para explicar la calidad del servicio. La actitud hacia el trabajo ha sido establecida como un factor determinante del compromiso, el desempeño y la satisfacción laboral, sin embargo, en materia de salud, la norma de grupo ha sido fundamental para explicar los conflictos de relaciones y de tarea que pudiesen derivar en estrés; agotamiento, despersonalización y frustración. En este sentido, el objetivo del presente estudio fue establecer la relación entre la norma y la actitud hacia portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Los estudios psicológicos actitudinales se han enfocado en su conceptualización, formación, activación, accesibilidad, estructura, función, predicción, cambio, inoculación, identidad y ambivalencia. Las actitudes han sido definidas a partir de dimensiones afectivas y racionales (Ajzen, 1991). Ambas dimensiones son el resultado de experiencias y expectativas. Esto implica su estructura: unidimensional o multidimensional que se configura en factores exógenos y endógenos. Es decir, cuando las actitudes activan decisiones y comportamientos causan un proceso periférico, emotivo, espontáneo, heurístico y ambivalente. En contraste, cuando las actitudes transmiten los efectos de valores y creencias sobre las intenciones y acciones, son mediadoras endógenas de un proceso central, racional, deliberado, planificado y sistemático.

Estos estudios han demostrado diferencias significativas entre las actitudes hacia personas y actitudes hacia objetos (Ajzen, 1992). Las primeras se refieren a estereotipos o atributos y las segundas se refieren a evaluaciones o disposiciones (Eagly & Chaiken, 2005). En ambas, la ambivalencia es un indicador de cambio cuando interaccionan creencias y evaluaciones formando disposiciones

negativas y positivas hacia el objeto. Los conflictos se forman al interior de los componentes formados por creencias hacia el objeto. La resistencia a la persuasión, es una consecuencia de la ambivalencia actitudinal. Si el entorno amenaza la formación y la función de las actitudes estas adaptarán al individuo ante las contingencias. De este modo, las actitudes poseen dos funciones esenciales: egoístas y utilitaristas.

En el marco de las teorías actitudinales, el cambio actitudinal alude a emociones y afectos consecuentes a los actos individuales y de los cuales las personas se sienten responsables. También se trata de la influencia social que ejercen los grupos de pertenencia o referencia sobre los individuos. O bien, la recepción de mensajes persuasivos orientados al razonamiento central, o mensajes persuasivos dirigidos a la emotividad periférica. En general, el sistema actitudinal es sensible a la inestabilidad del objeto y a las variaciones cognitivas que inciden en la consistencia, estabilidad, predicción, competencia o moralidad del individuo (Ajzen, 2001).

El cambio consistente de actitudes está relacionado con su estructura multidimensional resultante de la presión mayoritaria. La diversidad de dimensiones implica una construcción consistente del cambio actitudinal. Es decir, las actitudes asumen una función de respuestas internalizadas ante situaciones constantes enmarcadas por los medios de comunicación masiva (Ajzen & Fishbein, 2005).

El cambio actitudinal está relacionado con el principio disuasivo de la inoculación. Antes del ataque de mensajes persuasivos, se induce la percepción de amenazas, riesgo e incertidumbre. En general, la sobreexposición a mensajes persuasivos induce una alta elaboración y con ello la persuasión (Ajzen, Brown & Carvajal, 2004).

La emisión masiva de mensajes persuasivos, la motivación y las habilidades de manejo consecuentes pueden derivar en indefensión. Es decir, ante la ola de información las personas reducen su percepción de control y tienden a creer que los eventos son inconmensurables, impredecibles e incontrolables. O bien, los individuos se forman una identidad que consiste en identificarse con un endogrupo en referencia a un exogrupo. En el proceso de indefensión, el individuo construye el cambio de actitud y su reforzamiento de desesperanza. En el proceso identitario, es el grupo el que influye en el cambio actitudinal de la persona. La indefensión es un proceso de autovalidación o profecía auto-cumplida. En contraste, la identidad es una validación convergente de normas grupales (Ajzen & Sexton, 1997).

La influencia social del grupo de pertenencia o referencia alude a las normas mayoritarias y a los principios minoritarios orientados al cambio actitudinal. La influencia de las mayorías propicia la conformidad individual y los principios minoritarios, el conflicto y el cambio actitudinal. Recientemente, el estilo de la minoría ha resultado ser el factor de influencia social y cambio actitudinal más permanente. Es decir, la construcción de consensos mayoritarios parece tener un efecto efímero y la construcción de disensos parece ofrecer un cambio constante (Ajzen, 2002).

Si las teorías actitudinales sostienen que en los individuos, grupos y sociedades se forman deliberadamente y se activan espontáneamente, las disposiciones que determinarán sus intenciones y comportamientos, entonces es menester establecer la relación existente entre variables socioeconómicas y normativas para explicar las actitudes hacia los portadores de VIH.

¿Cuáles son estas relaciones existentes en una muestra de Trabajadoras Sociales

de centros de salud comunitaria en Morelos?

Hipótesis. La interrelación entre las variables sociodemográficas, educativas, económicas y normativas determinan las actitudes hacia portadores de VIH. A medida que la edad, escolaridad, ingreso y normas se incrementan, las actitudes hacia los portadores de VIH aumentan ya que la experiencia directa con el objeto actitudinal propicia una afectivización de la salud de los portadores del virus así como la dinámica grupal (soporte social) en la que están inmersos. En este sentido:

Ho: Existen diferencias entre profesionistas del Trabajo Social según sus ingresos, edades, sexos, normas y actitudes hacia portadores de VIH. Tales diferencias son el resultado tanto de procesos emocionales como deliberados en los que la experiencia cercana con portadores del VIH diversifica más las emociones que las reflexiones y con ello desvirtúa la confianza, desempeño, satisfacción de los trabajadores sociales así como la calidad de atención a los usuarios del servicio público de salud.

Ha: Los profesionistas del Trabajo Social al estar influidos por procesos institucionales, manifiestan un estándar de actitud y normatividad que les inhibe sus emociones y facilita sus decisiones razonadas. En tal sentido, no existen diferencias en cuanto a normas y actitudes hacia portadores de VIH o cualquier otra enfermedad.

MÉTODO

Diseño

Se llevó a cabo un estudio transversal y correlacional

Muestra

130 profesionistas del Trabajo Social de centros de salud de Morelos (México). 70% mujeres y 30% hombres. Respecto a la

edad, promedió 23.71 con una desviación de 11.53. En cuanto a su distribución, 30% eran menores de 18 años, 40% entre 18 y 22 años, 20% entre 22 y 29 años y 10% mayores de 30 años. Respecto a su nivel de estudios 43% declaró haber terminado el bachillerato, 30% aún no terminaba su bachillerato, 20% no había terminado el pregrado o licenciatura, 6% concluyó la licenciatura y 1% estudiaba posgrado. El 53% declaró vivir en Cuernavaca, 10 % en Jiutepec e Ixta, y 6% en Cuautla y Temixco. Con relación al estado civil, 43 % vive en matrimonio, 40 % en soltería, 10 % en unión libre y 6% en viudez. Sobre el nivel de ingresos, el 50 % gana de ocho a diez mil pesos al mes (700 a 800 USD), 46 % de dos mil a siete mil pesos mensuales (200 a 600 USD) y 3 % gana hasta catorce mil pesos (1200 USD). La religión predominante fue católica con un 65% seguida de la evangélica con un 10% y 25% para los casos de no creyentes.

Instrumentos

Se empleó un Cuestionario de datos sociodemográficos el cual incluye preguntas abiertas sobre residencia, edad, nivel de estudios, ingresos y estado civil.

Para evaluar las Normas y Actitudes hacia portadores de VIH, se construyó un cuestionario ad-hoc a partir de las definiciones de Ajzen (1991). Una vez elaborados los reactivos se distribuyeron con jueces expertos en la medición de actitudes y se realizaron los ajustes recomendados. La subescala de normas incluyó 12 aseveraciones con cinco opciones de respuesta que van desde "siempre" hasta "nunca". La subescala de actitud incluyó 12 ítems con cuatro opciones de respuesta que van desde "totalmente de acuerdo" hasta "totalmente en desacuerdo". Ambas subescalas así como la escala tuvieron una normalidad establecida por la curtosis menor a 3 (véase tabla 1) y una confiabilidad inferida por un alfa superior a .60 que es la mínima requerida para asumir

consistencia interna de la escala e inferir que había una comprensión de los ítems por parte de la muestra encuestada.

La validez del instrumento que midió la norma y la actitud se estableció a partir de un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación varimax. La estimación de la esfericidad y adecuación se realizaron con la prueba de Bartlett ($p = .000$) y Kayser-Meyer-Olkin ($KMO = .656$) las cuales fueron consideradas como evidencia de correlaciones entre cada reactivo y el factor. El factor normativo incluyó r1, r3, r5, r6, r8 y r12 y explicó el 34.4% de la varianza. Por su parte del factor actitudinal incluyó r16, r17, r18, r20, r23 y r24 con el 48% de la varianza explicada.

Procedimiento

La operacionalización de las variables se llevó a cabo a partir de la definición conceptual de Ajzen (1991). Se construyeron 15 reactivos para cada variable. Cada uno de los ítems fue evaluado por expertos. Una vez seleccionados los reactivos, se procedió a su aplicación en las instalaciones de los centros de salud. La selección de la muestra fue no probabilística. Antes de la aplicación de las subescalas, se les instruyó a los participantes para que contestaran honestamente ya que los resultados de la encuesta no repercutirían negativa o positivamente en su situación laboral. Se les informó que tendrían un máximo de 20 minutos para responder y en aquellos casos en los que la respuesta se repitiese sistemáticamente o la ausencia de las mismas, podrían escribir sus razones al reverso de la encuesta. Una vez recabadas las mismas, se les agradeció su participación y se les ofreció acceder a la información una vez terminada la investigación. Los cuestionarios fueron procesados en el paquete estadístico SPSS y Amos versiones 10 y 5.0 respectivamente. Se multiplicaron los valores negativos de los

reactivos por una constante para establecer su valor absoluto y poder estimar su distribución normal. En los casos en que los valores de confiabilidad no alcanzaron el valor mínimo de .60 se procedió a eliminar el reactivo que propiciaba una baja consistencia interna. Respecto a la selección de los reactivos para la interpretación de constructo, el criterio de inclusión fue un valor superior a .5 en el parámetro de adecuación Kayser-Meyer-

Olkin y nivel de significancia menor a .05 en el estadístico de esfericidad Bartlett. La multicolinealidad fue considerada a partir de covarianzas superiores a .900 y la relación fue considerada espuria si las correlaciones se aproximaron a cero. El contraste de las hipótesis se efectuó al observar un valor cercano a la unidad para los índices de ajuste y próximo a cero para los índices residuales.

TABLA 1.
Parámetros de normalidad, confiabilidad y validez.

Código	Variable	Media	Desviación	Curtosis	Validez
Norma de trabajo social en torno a enfermedades (alfa = .654)					
R1	Mi familia me enseñó a respetar a cualquier persona enferma	2.54	.91	1,24	.356
R5	En el centro de salud aprendí a atender a cualquier persona sin distinción alguna	1.76	.35	1,46	.476
R2	Los comentarios de mis compañeros a menudo influyen en mis estudios socioeconómicos	3.01	.27	1,25	.256
R3	Tomo en cuenta la opinión de mi familia para entrevistar familiares de enfermos	1.65	.38	1,57	-.389
R4	Mi pareja rechaza a los enfermos que atiendo ya que podrían infectarme	2.21	.45	1,68	.214
R7	Después de visitar la casa de un enfermo, los Trabajadores Sociales reducimos la contribución al seguro médico	1.67	.84	1,62	.218
R8	Los trabajadores sociales ayudamos a quienes más lo necesitan sin importar su enfermedad	3.57	.68	1,42	.587
R6	El gremio de Trabajo Social sólo ayuda a quienes se ven muy necesitados	3.21	.16	2,52	.689
R9	La escuela me enseñó a ser solidario con quienes no tienen ingresos económicos y están enfermos	2.34	.29	1,46	.231
R10	Estudie Trabajo Social porque soy altruista	2.95	.69	3,42	.213
R11	La benevolencia es un sello del Trabajo Social	1.92	.71	1,28	.246
R12	Al momento de asignar pagos tomo en cuenta el historial de salud de los entrevistados	2.43	.72	1,79	-.571
Actitud hacia portadores de VIH (alfa = .712)					
R20	Los portadores de VIH reciben la atención que merecen por su condición de salud	2.41	.71	1,28	-.578
R24	El VIH es una enfermedad llevadera si los portadores evitan volverse a infectar	3.12	.82	2,41	.671
R15	Una persona con VIH asumió riesgos que ameritan una atención de calidad	2.76	.91	2,76	.201
R16	La asistencia social a portadores de VIH es un gasto inútil del Estado	2.54	.90	1,62	-.681
R17	Los programas de salud contra el VIH justifican la irresponsabilidad de los portadores.	1.92	.72	1,89	-.781
R23	El sector salud gasta cifras inimaginables para atender a portadores de VIH	1.45	.83	2,41	-.631
R19	Los antivirales son un gasto que podría orientarse a otras enfermedades	2.62	.52	1,68	.291
R13	A menudo, prefiero atender a un enfermo sin VIH	2.76	.68	1,38	.216
R21	Entrevistar a portadores de VIH implica una tolerancia especial	3.65	.82	2,47	.157
R22	Los portadores de VIH que se vuelven a infectar llevan una vida alejada del altruismo	3.91	.41	1,83	.126
R18	Los portadores de VIH reciben un trato preferencial por sobre los demás enfermos	2.41	.75	1,72	.512
R14	El VIH es sólo una enfermedad más para los centros de salud y el área de trabajo social	2.57	.58	1,62	.215

Curtosis multivariable = -5,466; Bootstrap = .000; KMO = .656; p = .000

Normalidad

La distribución normal fue estimada a partir del parámetro de curtosis multivariable en la que valores inferiores a cinco fueron considerados como evidencia de normalidad. La significancia del parámetro se calculó con el estadístico bootstrap cuyo valor fue cercano a cero (véase tabla 1).

Confiabilidad

La estimación de la consistencia interna se llevó a cabo a partir de las correlaciones entre ítem y subescala. El parámetro alfa de Crombach con valores superiores a .60 fue considerado como evidencia de consistencia interna. La tabla 1 muestra valores superiores al requerido para creencias, percepciones, actitudes normas e intenciones.

Validez

Se realizó un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación varimax y pruebas tanto de esfericidad como de adecuación con los parámetros de

Bartlett y Kayser-Meyer-Olkin. Los pesos factoriales superiores a .300 fueron considerados como evidencia de correlación entre reactivos y factores.

RESULTADOS

Una vez establecidas las propiedades psicométricas de la Escala de Normas y Actitudes se procedió a estimar las correlaciones entre los factores sociodemográficos, socioeconómicos, normativos y actitudinales (véase tabla 2).

Los resultados muestran que la norma está asociada a la actitud ($\varphi = .749$) ya que un incremento en los principios del grupo al que pertenecen los trabajadores sociales está asociado con un aumento en las disposiciones de atención, entrevistas, visitas y mediación de conflictos. En el caso de la norma, la religión fue un factor asociado a ésta ($\varphi = .436$). Es decir, las trabajadoras sociales que manifestaron tener creencias religiosas diferentes a las evangélicas o católicas, también presentan principios grupales altruistas.

TABLA 2.
Covarianzas entre las variables socioeconómicas, normativas y actitudinales.

	Ingreso	Escolaridad	Sexo	Edad	Religión	Estado civil	Norma	Actitud
Ingreso	,973							
Escolaridad	,076	,922						
Sexo	-,007	-,074	,988					
Edad	-,098	-,005	,036	,960				
Religión	,135	,132	-,081	,146	,994			
Estado Civil	,220	-,116	,023	,059	,137	,973		
Norma	,021	-,036	-,093	-,181	,436	,345	,935	
Actitud	,110	,082	-,072	-,318	,200	,598	,749	,936

No obstante los hallazgos expuestos, cabe resaltar que las relaciones entre los demás factores se aproximaron a cero y fueron consideradas como evidencias de

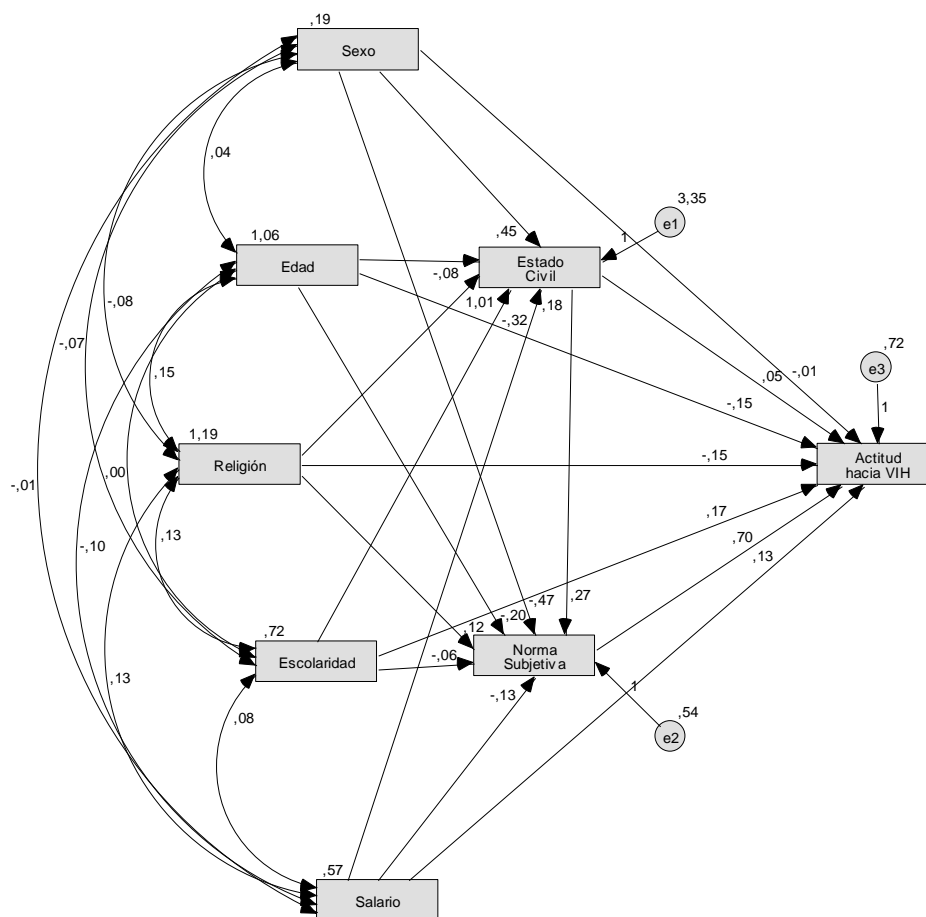
relaciones espurias en las que una tercera variable influye en la relación entre los factores socioeconómicos, normativos y actitudinales.

Para establecer relaciones más sistemáticas se estimó un modelo estructural en el que se pueden observar relaciones entre los determinantes de la actitud hacia portadores de VIH. La figura 1 muestra que la norma subjetiva es la principal determinante de la actitud ($\beta = .70$). En contraste, la edad y la religión influyeron negativamente a la actitud ($\beta = .15$ para ambas relaciones). Los hallazgos muestran que las disposiciones están determinadas por los principios que rigen al grupo al cual pertenecen los profesionistas del Trabajo Social. en este sentido, las características sociodemográficas y socioeconómicas no

parecen determinar diferencias entre las disposiciones hacia portadores de VIH.

Sin embargo, la norma fue influida negativamente por el sexo ($\beta = -.47$) el cual incidió indirectamente en la actitud. En otras palabras, los trabajadores sociales parecen tener una actitud favorable a los portadores de VIH ya que sus principios se intensifican al momento de prestarles el servicio social. En cambio, las trabajadoras sociales parecen tener más una disposición negativa en referencia a los hombres, al momento de llevar a cabo sus funciones asistenciales, son determinadas por principios egoístas más que altruistas.

FIGURA 1.
Determinantes socioeconómicos de la actitud hacia VIH.



Por último, la prueba de hipótesis se estableció con la estimación de los parámetros de ajuste y residuales. La tabla 3 muestra valores cercanos a la unidad para el Índice de Bondad de Ajuste (GFI por sus

siglas en inglés) y cercanos al cero para el Residual Medio Cuadrático (RMR) ya que los valores de la ji cuadrada son sensibles al tamaño de la muestra.

TABLA 3.
Covarianzas entre las variables socioeconómicas, normativas y actitudinales.

X ²	gl	p	RMR	GFI
16.734	13	.000	.000	1.000

En síntesis, el principal hallazgo del presente estudio es la incidencia directa de la norma en la actitud y la influencia indirecta del sexo sobre la misma. A la luz de los estudios psicológicos del VIH se discuten los alcances y límites de los resultados expuestos.

CONCLUSIÓN

Los estudios actitudinales hacia el VIH han establecido asociaciones positivas entre el nivel educativo y la actitud hacia portadores de VIH (Chamorro, et. al, 1994; Gómez, Grimaldi y Lara, 2001; Barrón, González y Juárez, 2000; Dávila y Gil, 2007; Uribe y Orcasita, 2011). A medida que el grado de conocimiento sobre la enfermedad se especializa, incrementa las disposiciones favorables hacia la atención del portador del VIH. En el presente estudio, se ha establecido que la norma de grupo incide en las disposiciones favorables hacia portadores de VIH.

Sin embargo, a diferencia de los estudios citados, la presente investigación plantea que las actitudes son de orden afectivo más que racional. Es decir, mientras los estudios que asocian a la actitud con los conocimientos sostienen que los profesionales de la salud están más dispuestos a asistir medicamente a los portadores, en el presente trabajo se establece que en el caso de los trabajadores sociales, la racionalidad disminuye y la afectividad se incrementa a través de principios grupales altruistas. En este sentido, llama la atención que la norma institucional no influya en la relación entre norma de grupo y actitud ya que en una institución de salud se difunden normas y protocolos de asistencia en situaciones de riesgo.

De cualquier modo, las normas institucionales parecen transitar por una dimensión diferente a las normas de grupo. Chacón y Vecina (1999) encontraron que los principios altruistas en voluntariados de atención a portadores de VIH inciden en su compromiso social. La dinámica de los voluntariados al momento de asistir desinteresadamente a los portadores de VIH parece explicar la variabilidad de sus actos. En contraste, el presente estudio encontró que la norma de grupo sólo explica una actitud afectiva y no necesariamente determinante de un desempeño laboral satisfactorio.

Por ello, es menester ampliar el estudio a la medición de conocimientos, normas institucionales, habilidades, decisiones y comportamientos específicos que indiquen un desempeño, compromiso y satisfacción laboral orientados a una mayor calidad de servicio y atención a usuarios de las instituciones de salud. La inclusión de los factores propuestos permitirá construir un modelo más complejo que explique situaciones específicas de negligencia asistencial o médica.

Respecto a la selección de muestras, es necesario contrastar a grupos médicos con asistenciales y administrativos ya que su intervención también repercute en la calidad del servicio de salud.

Por último, el estudio de voluntarios que asisten a portadores de VIH abre la discusión en torno a la emergencia de valores, normas y principios que asociados con factores socioeconómicos, actitudes y conocimientos permitirán explicar la influencia del grupo como soporte social para el tratamiento del portador de VIH.

REFERENCIAS

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1974). Factors influencing intentions and the intention behavior relation. *Human Relations*. 27, 1-15
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 50, 179-211
- Ajzen, I. (1992). Persuasive Communication Theory in social psychology: a historical perspective. M. Manfredo (coord.). *Influencing human behavior. Theory an applications in recreation and tourism*. (pp. 1-27). Champaing: Sagamore Publishen.
- Ajzen, I. (2001). Nature an operation of attitudes. *Annual Review Psychology*. 52, 27-58
- Ajzen, I. (2002). *Attitudes*. En R. Fernández Ballesteros (Ed.), *Encyclopedia of Psychological Assessment*. (pp. 110-115) London: Sage Publications.
- Ajzen, I., Brown, T. y Carvajal, F. (2004). Explaining the discrepancy between intentions and actions: the case of hypothetical bias in contingent valuation. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 30, 1108-1121
- Barrón, A., Gonzalo, A. y Juárez, L. (2000). "Actitud del medico familiar ante el paciente con VIH / SIDA". *Revista de Medicina del IMSS*. 38, 203-209
- Chacón, F. y Vecina, M. (1999). Análisis de la fiabilidad de un cuestionario de motivaciones del voluntariado en VIH / SIDA. *Psicothema*. 11, 211-223
- Chamorro, J., Valpuesta, Y., Eiros, J., Moreno, L., González, I., Martín, C., Arias, J., Rodríguez, J. y Del Pozo, M. (1994). Actitud del personal sanitario de atención primaria ante la infección VIH / SIDA. *Atención Primaria*, 13, 484-486
- Dávila, M. y Gil, M. (2007). Nivel de conocimientos y actitud de los odontólogos hacia portadores de VIH / SIDA. *Acta Odontológica Venezolana*. 45, 1-9
- Gómez, R., Grimaldi, A. y Lara, R. (2001). Conocimientos y actitudes de los odontólogos frente al VIH / SIDA. *Revista ADM*. 85-89
- Uribe, A. y Orcasita, L. (2011). Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH / SIDA en profesionales de salud. *Avances de Enfermería*. 29, 271-284.