



**Validación de una Escala para Medir Actitud en Mujeres
hacia la Infección por VIH/SIDA de un Centro de Salud
Familiar de Ñuble.**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

ARACELI HERRERA DEL DESPÓSITO

Profesora Guía: Dra. Beatriz Marincovich Lizama.

Santiago, Octubre de 2016.

INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	4
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA	13
2.1 Generalidades de la Infección por VIH	13
2.2 Epidemia de VIH/SIDA a nivel mundial	15
2.3 Epidemia de VIH/SIDA en Chile	16
2.4 Epidemia de VIH/SIDA en mujeres	17
2.5 Las actitudes y su conceptualización	22
2.6 Las actitudes y el comportamiento	26
2.7 Medición de actitudes	29
2.8 Propiedades psicométricas de un Instrumento	31
CAPITULO III: PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS	34
3.1 Objetivo general	34
3.2 Objetivos específicos	34
CAPITULO IV:METODOLOGIA	35
4.1 Diseño del estudio, tipo de estudio, descripción del estudio	35
4.2 Población y muestra, unidad(es) de muestreo	40

4.3 Listado de variables o tópicos del estudio	41
4.4 Actividades principales del trabajo de terreno y control de sesgos	44
4.5 Métodos, técnicas de procesamiento y análisis de la información	45
4.6 Aspectos éticos	46
CAPITULO V: RESULTADOS	47
CAPITULO VI: DISCUSION O COMENTARIOS	60
CAPITULO VII: CONCLUSIONES	62
CAPITULO VIII: BIBLIOGRAFIA	63
Anexo N° 1 Instrumento de medición de actitudes	67
Anexo N° 2 Formato para validar el Instrumento juicio de expertos	76
Anexo N° 3 Consentimiento Informado	83
Anexo N° 4 Instrumento de medición de actitudes validado	87

RESUMEN

La presente investigación, se planteó validar una escala para medir la actitud de las mujeres hacia la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, para ser utilizada en los centros de salud familiar urbanos de la provincia de Ñuble. El instrumento se aplicó a una muestra de 150 mujeres en edad fértil de 18 a 49 años de edad, beneficiarias del Centro de Salud Familia Violeta Parra de la ciudad de Chillán, por ser el único establecimiento de dependencia técnica y administrativa del Servicio de Salud Ñuble, en el cual se atienden a mujeres provenientes de los diversos sectores de la comuna de Chillán.

El instrumento corresponde a una creación de la autora de esta tesis, a partir de la experiencia recogida como Encargada del Programa de Prevención del VIH/SIDA en el Servicio de Salud Ñuble, por más de diez años.

Para la construcción del instrumento, la autora estableció variables o dimensiones del constructo actitud de las mujeres hacia la infección por el virus del Sida, definiendo para cada una de ellas ítems que permitieran medirlo. La escala de medición de actitudes, se construyó considerando siete dimensiones, siendo estas, las que a continuación se mencionan:

1. Actitud hacia el riesgo de infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, medido a través de nueve ítems.
2. Actitud hacia las vías de transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, medido con considerando quince ítems.
3. Actitud hacia las medidas de prevención del Virus de la Inmunodeficiencia humana, cuantificado mediante nueve ítems.
4. Actitud hacia la detección oportuna del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, medido mediante tres ítems.
5. Actitud hacia el apoyo social de personas infectadas y/o enfermas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, medido a través de tres ítems.
6. Actitud hacia la confidencialidad del diagnóstico de la infección con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, cuantificado con tres ítems.

7. Actitud hacia el tratamiento de la infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, medido mediante tres ítems.

Para cada uno de estas variables, se identificaron indicadores que midieron los tres componentes de las actitudes componente cognitivo, afectivo y conductual, sumando un total de 45 proposiciones, de las cuales 28 corresponden a proposiciones de tendencia positiva y 17 negativas.

Las posibilidades de respuesta para cada proposición, se presentaron como alternativas, según la escala de Likert, compuesta por cinco opciones de respuestas, las cuales fueron:

- Totalmente de acuerdo (5)
- Algo de acuerdo (4)
- No estoy segura (3)
- Algo en desacuerdo (2)
- Totalmente en desacuerdo (1)

Este método permitió medir las actitudes, desde un punto de vista aritmético, basándose en una escala sumatoria de asignación de puntajes a las respuestas de las diversas proposiciones. En los ítems de tendencia positiva, la puntuación cinco (5) es para la actitud más favorable y la puntuación (1), para la más desfavorable. La escala negativa está representada en la asignación de puntajes de manera inversa.

La validación de contenido se realizó a través de juicio de expertos, en este caso se les solicitó responder un cuestionario a tres profesionales: matrona, enfermera y médico especialista en salud familiar, quienes aportaron información respecto a ítems deficientes en su formulación en términos de claridad en la redacción de los ítems, adecuación del lenguaje acorde al nivel del informante y pertinencia en la medición, es decir si el ítem medía lo que pretendía medir. (Ver anexo N° 4).

Luego de realizada la validez de constructo a la cual fue sometido el instrumento, quedó constituido por 23 ítems, agrupados en seis (6) factores, los que se detallan a continuación:

Factor 1: Relacionado con la actitud hacia el riesgo personal de adquirir el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Factor 2: Relacionado con la actitud hacia la detección de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Factor 3: Relacionado con la actitud hacia la discriminación de las personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Factor 4: Relacionado con la actitud hacia las vías de contagio del Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Factor 5: Relacionado con la actitud hacia las medidas de prevención para evitar la transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Factor 6: Relacionado con la actitud hacia el autocuidado personal para prevenir la transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

La escala arrojó un Alfa de Cronbach de 0.76, el cual es bastante aceptable en términos de correlación, indicando que la escala tiene una buena consistencia interna.

CAPITULO I: INTRODUCCION

La identificación del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) como causa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es uno de los descubrimientos más espectaculares y trascendentes de la medicina moderna. Se trata de una enfermedad progresiva, devastadora, con costos muy altos para los individuos infectados y sus familias. Debido a esto, las intervenciones en salud pública, tales como la consejería y la educación a los individuos han logrado evitar nuevas infecciones. Unir la terapia con la prevención y no pensar en ambas por separado es esencial para lograr el máximo beneficio de la comunidad en el cuidado del VIH.

La epidemia del VIH/SIDA, pone en primer plano la intrincada relación existente entre la conducta del individuo y el desarrollo de una enfermedad. Cuando el progreso de la medicina hacía prever la progresiva erradicación de muchas enfermedades infecciosas epidémicas, se extiende con vertiginosa velocidad, tanto en las sociedades más avanzadas como en países subdesarrollados, esta enfermedad que a pesar de intensas campañas de prevención e información, resulta de muy difícil erradicación entre los individuos., ya que aun cuando las personas que tienen conocimiento sobre cómo se transmite el Virus de la Inmunodeficiencia Humana no se protegen de contraer la enfermedad. En un estudio elaborado por Pineda y Cols³⁴ del personal médico de la Universidad Nacional Autónoma de México concluyeron que es necesaria una modificación de la actitud frente a esta patología, es posible que el problema radique en que no existe un interés verdadero en adoptar un cambio de actitud que permita que lo aprendido se transforme en realidad, Esta observación nos lleva a evaluar el compromiso con el autocuidado sobre todo en la prevención primaria, es decir, en personas que no necesariamente son VIH positivos. Los mayores esfuerzos para una prevención eficaz a la pandemia, están ligados a la autogestión del propio riesgo. Esta autogestión va en fases: desde comprender las vulnerabilidades a las que enfrenta cada persona, que no son únicamente que el virus esté presente en la pareja sexual, sino que implica cómo la persona interioriza los conocimientos adquiridos y cómo se reflejan estos en su práctica sexual, siendo en

este caso el pilar más importante la responsabilidad personal para lograr una verdadera estrategia contra el SIDA.

Por otro lado, las actitudes son consideradas como un factor de riesgo psicosocial para la infección por VIH/SIDA, los mitos, las posturas de la sociedad o las creencias transmitidas respecto al VIH/SIDA pueden influir en las actitudes que se asuma frente a su sexualidad o a las personas diagnosticadas.

El debate acerca de cuáles son las mejores maneras de eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el SIDA está creciendo cada vez más en los ámbitos internacionales de la salud, a medida que los especialistas intentan enfrentar y superar estos problemas que continúan siendo obstáculos tenaces para la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA. Si bien aumenta el consenso en cuanto a que los programas sobre VIH/SIDA deben enfrentar estos problemas de forma directa, los investigadores no han encontrado aún una manera efectiva de medir los cambios en la actitud de la población hacia las personas infectadas.

El miedo a ser etiquetado o relegado socialmente hace que muchas personas prefieran no someterse a pruebas de detección del virus, o que eviten el tratamiento en el caso de las personas que tienen el VIH, quienes tienen o creen tener el virus sufren, en algunos casos, rechazos o abusos, desempleo, falta de vivienda o exclusión del sistema sanitario. Esta clase de reacciones representan un serio obstáculo frente a los esfuerzos de prevención y tratamiento, ya que agravan aún más los efectos de la epidemia.

La discriminación tiene lugar a partir de las acciones, el trato y las políticas que surgen de esas actitudes y que pueden llegar a ser violatorias de los derechos humanos de quienes viven con el VIH/SIDA y sus familiares. El término "discriminación" se refiere a cualquier forma de diferenciación, restricción o exclusión que puede sufrir una persona a causa de alguna característica personal inherente.

Los investigadores han descubierto que mucha gente que expresa sentimientos negativos hacia quienes tienen el VIH tal vez atiendan a algún pariente infectado en

su hogar, mientras que otras personas que niegan albergar sentimientos negativos hacia quienes tienen el virus, con frecuencia los discriminan abiertamente en contextos tales como centros de atención de la salud.

En los últimos años³², se ha desarrollado una nueva perspectiva en la manera de entender la salud y la enfermedad basada en los aportes *procedentes de las ciencias sociales y de la educación*, lo que ha permitido que, paralelamente a la progresiva sofisticación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, se haya puesto en práctica una perspectiva integradora que trata de incorporar las dimensiones psicológicas, educativas y sociales que pudieran ser relevantes para la explicación de la enfermedad, su prevención, su evolución, pronóstico y tratamiento.

El aumento en los casos de VIH/SIDA ha derivado en que se desarrollen nuevas estrategias de prevención enfocadas en el cambio conductual, considerando la incorporación de diversos elementos teóricos. Bandura en la teoría social cognitiva señala que los programas efectivos para la prevención del VIH/SIDA deben incluir elementos teóricos, los cuales están fundamentados en la necesidad de que las personas ejerzan influencia sobre su propia motivación y comportamiento para lograr un cambio autodirigido, según el mismo autor, los conocimientos son el primer paso para la prevención de esta enfermedad, señalando que si las personas se informan adecuadamente sobre el riesgo de infección por este virus tomarán acciones para protegerse. Sin embargo, señala que los conocimientos por sí solos no son suficientes para el cambio conductual hacia la prevención de la infección, sino que se requiere además de otros componentes para lograr este objetivo, entre ellos el de la autoeficacia, definida por López de Rosales y Moral de la Rubia, como la capacidad de desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados, la cual ha sido relacionada con el rechazo de las relaciones sexuales de riesgo, hablar con la pareja sobre experiencias sexuales previas y utilizar correctamente el preservativo masculino. Bandura menciona que debe existir una relación positiva entre conocimientos y autoeficacia asociados a VIH/SIDA si se quiere lograr el cambio conductual.

En Chile, el Estudio Nacional de Comportamiento Sexual³⁷, reveló que en una importante proporción de las personas sus altos niveles de conocimientos están mezclados con información errónea, lo que puede inducir a actitudes irracionales y a aumentar su exposición al riesgo de adquirir VIH/SIDA. Rajevic, también ha señalado que existen ideas erróneas respecto a la transmisión del VIH, e indica que algunas de esas ideas se remontan a las campañas masivas realizadas en el país hace algunos años, donde hubo falta de claridad en los mensajes de prevención.

La educación³², se considera la forma más eficaz de combatir la epidemia, no sólo como cauce de la información sino también en su rol de promoción del cambio de actitudes y comportamientos ante el SIDA.

A nivel mundial, las mujeres constituyen el 52 % de todas las personas que viven con el VIH en los países de ingresos bajos y medios. Al respecto, diversos estudios en el mundo³, indican que las mujeres jóvenes tienen una probabilidad 2.5 veces mayor de infectarse con el VIH que sus homólogos masculinos heterosexuales, por ser ellas más vulnerables biológica, epidemiológica y socialmente que los hombres.

Entre los factores determinantes de la mayor vulnerabilidad de la mujer³³, se incluyen el conocimiento inadecuado sobre el tema, del SIDA, acceso insuficiente a servicios preventivos, la incapacidad para negociar relaciones sexuales seguras, negociar el uso del preservativo y falta de métodos de prevención del VIH controlados por las propias mujeres, como microbicidas y baja disponibilidad de condones femeninos.

Las cifras demuestran que el VIH⁴, ha aumentado considerablemente en la población femenina en los últimos años, prueba de ello es que al inicio de la epidemia en Chile, por cada trece hombres infectados había una mujer, hoy esa relación ha cambiado ya que por cada cinco hombres infectados hay una mujer contagiada.

Según datos del Ministerio de Salud⁴, dos tercios de las infectadas con VIH son dueñas de casa, de entre 30 y 49 años, con parejas estables. Un porcentaje importante se contagia por su pareja estable, porque no se sienten en riesgo y no

usan las medidas de protección. La pareja estable, por lo general, está asociada al compromiso, seguridad, estabilidad y fidelidad, y a nadie se le ocurre pensar en ser portadora o desarrollar el VIH y menos en la necesaria oportunidad de realizarse el test de VIH. La recomendación actual es que todas las personas se realicen el test de VIH y sobre todo las mujeres, que en Chile, por su perfil de contagio no se sienten en riesgo al tener pareja estable⁴.

La infección por VIH en mujeres, tiende a concentrarse en personas con nivel educacional más bajo comparado a los hombres con infección por VIH, pero obviamente esta patología puede comprometer a cualquier mujer en todos los grupos etarios, siendo el grupo más afectado entre los 20 y 49 años⁴.

Las mujeres con mayor riesgo de contraer la infección por VIH⁵, son aquellas cuyos compañeros tienen comportamientos de riesgo, las que tienen múltiples compañeros sexuales, y aquellas con infecciones transmitidas sexualmente que no sean el VIH. Las normas sociales limitan su acceso a la información sobre sexualidad y la salud reproductiva. Asimismo la mayor aceptación social al comportamiento sexual masculino de alto riesgo puede exponer a la infección tanto al varón como a su o sus parejas sexuales⁶.

En el país se han hecho numerosos esfuerzos tendientes a investigar tanto, el grado de conocimiento como las actitudes y prácticas hacia la infección por virus del Sida y/o sexualidad en diferentes grupos, escolares, adolescentes, comunidad rural, personal de salud, universitarios⁸⁻¹³. Sin embargo, ninguno de ellos se ha centrado en investigar las actitudes de las mujeres hacia el riesgo de infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana, más bien se han centrado en las mujeres que han adquirido la infección

El estudio de las actitudes ha sido un tema central e importante en el ámbito de la psicología social y en sociología, desde hace más de cuatro décadas. La razón fundamental del interés en este objeto de estudio, se debe a su aplicación social y a la relación y desajustes establecidos entre actitudes y conducta. Así, conociendo las actitudes que manifiesta una persona hacia un objeto, idea, problema, enfermedad o

cualquier otro ámbito tiene importancia, ya que si bien, estas no determinan la conducta, en alguna medida la predicen con cierto grado de exactitud. De esta forma, lo que las personas piensan o sienten interiormente, influye en lo que hacen exteriormente, las actitudes cambian el modo en que se miran los objetos y esto, a su vez, cambia el modo en que se actúa hacia ellos, pudiendo predecirse su conducta futura para promover el cambio de las mismas. Es ampliamente conocido que las actitudes de las personas están muy relacionadas con el cuidado de su salud y adherencia a los tratamientos.

En tales circunstancias, conocer como las mujeres reaccionan frente a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tiene sentido, por cuanto esta epidemia se está feminizando en todo el mundo, aproximadamente la mitad de las nuevas infecciones se producen en mujeres. Por ello, el estudio de las actitudes hacia la infección por el virus del Sida de las mujeres, es importante, ya que al dirigir las conductas, permiten predecir en qué medida este grupo social estarían en disposición para adoptar conductas preventivas para evitar contagiarse con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Dado que no se encontró en la literatura un instrumento que permitiera medir la actitud hacia la infección por el Virus del Sida en mujeres beneficiarias del Sistema Público de Salud en Atención Primaria , este proyecto de investigación se abocó a validar un instrumento de medición de actitudes hacia la infección por el virus del Sida que fue construido por la autora de esta tesis, a partir de la experiencia obtenida a lo largo de más de diez años de trabajo en el área de prevención del virus del Sida en el Servicio de Salud Ñuble y de la revisión bibliográfica realizada para tal efecto.

Esta investigación cobra importancia en la medida que pondrá a disposición del Ministerio de Salud, Servicio de Salud Ñuble, y establecimientos de salud de atención primaria un instrumento validado que permitirá contar con indicadores para medir la actitud de las mujeres en edad fértil hacia la infección del Virus del Sida, contribuyendo a orientar y focalizar la educación en relación a la prevención en este grupo social, desde una perspectiva de género para abordar las necesidades particulares de las mujeres, considerando su especial vulnerabilidad.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 Generalidades de la Infección por VIH

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana es una enfermedad que, causa el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). El Virus de la VIH finalmente provoca el deterioro progresivo del sistema inmune del cuerpo, permitiendo el desarrollo de infecciones oportunistas. Este Virus se transmite por vía sexual, sanguínea y vertical (de una embarazada que vive con VIH a su hijos/as durante la gestación, parto o su lactancia).El VIH no puede vivir por mucho tiempo fuera del cuerpo humano. Por consiguiente, no puede transmitirse durante las actividades cotidianas como saludar, abrazar o mediante un beso; ni tampoco se adquiere al usar un baño, una perilla de puerta, platos, vasos, alimentos o a través de los animales ni picaduras de insectos.

La principal vía de transmisión y más frecuente, tanto en Chile como en el mundo es la vía sexual; las prácticas sexuales penetrativas sin protección son el factor principal de riesgo. Otras vías son la drogadicción endógenos, particularmente al compartir jeringas durante su práctica; la transfusión sanguínea, que es absolutamente prevenible por control serológico de toda la sangre donada y la estrategia de donantes altruistas; y la transmisión vertical, de madre a hijo durante el embarazo o a través de la lactancia (perinatal) que es prevenible a través de un diagnóstico oportuno, accesibilidad a profilaxis con antirretrovirales y la suspensión de la lactancia materna. Pese a que la vía más eficiente es la endovenosa, la principal vía de transmisión en el mundo es la sexual, con un incremento progresivo de la vía heterosexual, de ahí que en la actualidad, más de la mitad de la población infectada a nivel mundial sean mujeres¹⁴.

Para prevenir esta infección de manera efectiva, se deben considerar tanto los aspectos individuales como sociales asociados a la transmisión. Desde el punto de vista individual se ha establecido la importancia de disponer de información actualizada, de identificar las conductas y situaciones de riesgo y de conocer los recursos disponibles para la prevención. Entre las conductas que permiten la

prevención de la transmisión del VIH, según vía de transmisión son las que a continuación se describen:

Vía Sexual

- Usar correctamente condón en cada relación sexual.
- Acordar ser pareja mutuamente exclusiva, asegurándose ambas personas de no vivir con el virus.
- La ausencia de actividad sexual (abstinencia).

Vía sanguínea

- No usar ni compartir jeringas durante el consumo de drogas intravenosas.
- Tamizaje obligatorio de VIH en transfusiones de sangre y donación de órganos.

Vía Vertical

- Ofrecimiento voluntario del test a todas las embarazadas.
- La realización de cesárea programada que se encuentra en revisión
- La sustitución de la lactancia materna por leche maternizada.
- El uso de antirretrovirales en todas aquellas que resulten infectadas.

Actualmente existen tratamientos antirretrovirales, que si son bien administrados, mejoran la calidad de vida y la sobrevida de las personas que viven con VIH, lo que permite considerar al VIH/SIDA una enfermedad crónica.

En Chile, la Ley N°19.779 resguarda los derechos de las personas, respecto a la prevención, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA, asimismo cautela el libre e igualitario ejercicio de los derechos de las personas que viven con VIH, impidiendo las discriminaciones para su acceso a educación, trabajo y salud.

De acuerdo a esta Ley, se ha establecido que este examen debe ser voluntario, confidencial y con consentimiento informado. La decisión de realizarse o no el examen es un derecho, que todas las personas pueden ejercer, luego de ser

informadas adecuadamente acerca del significado del VIH/SIDA y del examen de detección.

En el año 2011, el Ministerio de Salud, realizó una modificación al Reglamento de la Ley del SIDA, estableciendo que el examen de VIH en la embarazada se incluye entre los exámenes rutinarios¹ que se realizan a esta población en control, ello con el fin de asegurar al máximo su realización como medida central para evitar la infección pediátrica.

En Chile, los Tratamientos Antirretrovirales (TARV) para el VIH constituyen una garantía GES-AUGE¹, que asegura el acceso a tratamiento antirretroviral para personas de cualquier edad que lo requieran de acuerdo al protocolo nacional.

2.2 Epidemia de VIH/SIDA a nivel mundial

A fines del año 2013, 34 millones de personas vivían con VIH/SIDA en todo el mundo. Se calcula que el 0.8% de todos los adultos de edades comprendidas entre 15 y 49 años eran seropositivos¹.

Aunque el SIDA sigue siendo uno de los problemas sanitarios más graves a nivel mundial, la solidaridad internacional demostrada durante la última década en la respuesta al SIDA sigue generando extraordinarios avances sanitarios. Los logros históricos en la ampliación de los programas del VIH, junto con el nacimiento de nuevas y poderosas herramientas para evitar que la gente se infecte y muera por causas relacionadas con el SIDA, han permitido sentar los cimientos para el fin definitivo de esta enfermedad. El número de casos de nuevas infecciones por el VIH continúa disminuyendo en todo el mundo. Se calcula que, en 2012, se han dado 2,3 millones de nuevos casos de infección por el VIH en adultos y niños, lo que representa un caída del 33% desde 2001. De la misma manera, las nuevas infecciones entre los niños han descendido hasta 260.000 en 2012, lo que implica una reducción del 52% desde 2001. Gracias a la expansión del tratamiento antirretroviral, las muertes relacionadas con el SIDA también han descendido en un 30%, en comparación con los índices máximos registrados en 2005¹⁵.

Igualmente, aunque los descensos del número de niños que mueren por causas relacionadas con el SIDA o que se infectan por el VIH sean sustanciales, deben acelerarse para conseguir los objetivos mundiales¹⁵.

Sin embargo, aunque gran parte de las noticias sobre el SIDA son alentadoras, todavía persisten grandes dificultades. Si bien el número de nuevas infecciones sigue descendiendo globalmente, algunas epidemias nacionales continúan extendiéndose en diversas partes del mundo.

2.3 Epidemia de VIH/SIDA en Chile

En Chile, la epidemia de VIH/SIDA se inició en 1984, con la detección de 6 casos en hombres en la región central del país. En 1985, la Región Metropolitana notificó la primera mujer en el país. Desde sus inicios hasta el año 2012, las notificaciones de VIH/SIDA alcanzan a 29.092 casos⁴.

Desde el año 1984 hasta el 2012, tanto la tasa de casos notificados en etapa SIDA como de VIH, han ido en aumento, descendiendo en el 2006, para luego mostrar un aumento sostenido hasta el 2009 y luego volver a descender el 2010. Sin embargo el 2011, se presenta la mayor tasa de notificación del periodo, que para SIDA es de 6,0 por cien mil habitantes y para VIH de 9,6 por cien mil habitantes. El principal grupo poblacional afectado es el de adultos entre 20 y 39 años¹⁶.

En la etapa SIDA, el número de casos en hombres supera ampliamente al de mujeres. La razón hombre: mujer ha descendido en el tiempo, llegando en el 2012 a 5,8 en etapa SIDA mientras que en etapa VIH se observa una estabilización llegando a 4,7 hombres por cada mujer.

En los tres últimos quinquenios, las regiones que concentraron las mayores tasas de VIH/SIDA, fueron: Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Valparaíso y la Región Metropolitana. La principal vía de transmisión fue la vía sexual, representando un 99% en el quinquenio 2008-2012. La vía más declarada son las prácticas de homosexualidad concentrando el 61% de los casos en este mismo quinquenio. Del

total de casos de VIH/SIDA notificados en Chile entre 1988 y 2012, el 56% se notificó en etapa VIH mientras que el 44% fue notificado tardíamente.

A partir del año 1990, se comenzaron a registrar las primeras defunciones a causa del SIDA, siendo, hasta el 2011 un 87% de ellas en hombres. La tasa de mortalidad por SIDA experimentó un aumento progresivo hasta el 2001, año en que se observó la tasa más alta del período (3,5 por cien mil habitantes). No obstante, en los últimos once años (2002-2012) la mortalidad por SIDA ha mostrado una relativa estabilización llegando el 2011 a 2,7 por cien mil habitantes¹⁶.

2.4 Epidemia de VIH/SIDA en Mujeres

En 1985 se diagnosticó por primera vez una mujer con el virus del SIDA. Actualmente, según cifras del Ministerio de Salud, en Chile 28.963 mil personas han sido notificadas como portadoras del VIH de ellas, 4.717 son del sexo femenino. Del grupo de mujeres infectadas con VIH, dos tercios son dueñas de casa, de entre 30 y 49 años, con parejas estable (heterosexuales). Hay otro grupo, minoritario, de mujeres enfermas que van entre los 20 y 35 años. La infección por VIH en mujeres está presente en todo el espectro social y económico, sin embargo, la gran mayoría de las mujeres infectadas efectivamente pertenecen a clases socioeconómicas bajas y con menor educación¹⁷.

Tanto en hombres como en mujeres contagiados la mayor proporción de personas tuvo enseñanza media en prácticamente todo el período analizado. Sin embargo, los hombres tuvieron una mayor proporción de educación superior /técnica que las mujeres. En el último quinquenio los hombres muestran un 39% de educación superior/técnica y las mujeres sólo alcanzan un 17%.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), ha reconocido que la a desigualdad entre los sexos contribuye de forma sustancial a propagar la enfermedad del SIDA, y por consiguiente debe abordarse como elemento central de la estrategia de respuesta a la epidemia⁶.

Culturalmente, la ideología tradicional de las relaciones de género dificulta una mejor posición de las mujeres para negociar prácticas de sexo más seguro con sus parejas. Como las mujeres han sido educadas históricamente para una sexualidad en función del goce masculino, en la mayoría de las ocasiones les da vergüenza exigir una relación protegida, por lo que no proponen el uso del condón; es decir, carecen de poder en las relaciones para "negociar" el uso de preservativos. Prevalece el criterio de que la mujer debe entregarse a un hombre que la cuide y represente, lo cual le da derecho a éste a adoptar las decisiones y no ser cuestionado, incluso, cuando de proteger la salud sexual de su pareja se trate. El rechazo masculino al condón, más frecuente en la relación sexual estable, también hace a la mujer más vulnerable⁷.

La violencia doméstica, la violación y otras formas de abuso sexual no sólo constituyen una vulneración a los derechos humanos, sino que está estrechamente relacionado con la propagación del VIH/SIDA. Para millones de mujeres y niñas, su condición subordinada en la sociedad puede hacer difícil, cuando no imposible, que se protejan contra el contagio con el VIH. Es frecuente que no puedan exigir fidelidad o el uso de condones, ni negarse a entablar relaciones sexuales con su compañero, aun cuando sospechen o sepan que dicho compañero ya se ha contagiado. Suelen, además carecer de poder económico para salir de relaciones que entrañan enormes riesgos de contagio con el VIH⁷.

Los roles sexuales de género siguen limitando en gran medida la capacidad de las mujeres a la hora de prevenir conductas de riesgo. Las expectativas sociales derivadas de una concepción tradicional de las relaciones afectivo-sexuales hacen que muchas mujeres accedan a los deseos del varón en sus encuentros sexuales, incluso cuando ello implique adoptar prácticas poco seguras que ponen en riesgo su salud.

A pesar del aumento relativo en los últimos años del contagio de SIDA por vía heterosexual, un patrón que afecta particularmente a las mujeres, éstas no se consideran en riesgo de contraer la infección¹⁸, a pesar que las mujeres son biológicamente más vulnerables. Por ser la parte receptiva en el coito, una gran

superficie de la mucosa vaginal se expone al semen, que contiene una mayor concentración de virus que el fluido vaginal. Es por ello que la mujer tiene mayor riesgo de infectarse por el VIH o cualquier otro patógeno sexualmente transmisible, que el hombre. Este riesgo es aún mayor entre niñas o mujeres adolescentes cuya inmadurez genital impide que su mucosa funcione como una barrera efectiva contra los patógenos, por ser su mucosa más friable. Al respecto cabe mencionarla Vaginosis Bacteriana, que en la mayoría de las mujeres es asintomática, En Chile, su prevalencia varía entre 27 y 32%, cifra que se duplica en mujeres con parto prematuro o enfermedad inflamatoria¹⁹.

La vulnerabilidad está dada fundamentalmente por la inequidad y desigualdad social, en tanto, que el riesgo se refiere a una probabilidad determinada por la conducta individual. Podemos afirmar que el problema de SIDA en la población femenina no se limita a las conductas personales; más bien se relaciona íntimamente con la condición que la sociedad les ha dado a las mujeres, el género identifica las características socialmente construidas que definen y relacionan los ámbitos del ser y el quehacer femeninos y masculinos dentro de contextos específicos²⁰.

El concepto de género, se puede entender como la red de símbolos culturales, conceptos normativos, patrones institucionales y elementos de identidad subjetiva que, a través de un proceso de construcción social, diferencia los sexos, y al mismo tiempo, los articula dentro de relaciones de poder sobre los recursos. El enfoque de género es el método que permite desarrollar conocimientos concretos sobre la situación de las mujeres con respecto a los hombres en el mundo. Las diferencias que exhiben los sexos en términos de oportunidades, acceso y uso de los recursos que les permiten garantizar su bienestar y desarrollo humano son definidas como brechas de género²⁰, las cuales son construidas sobre las diferencias biológicas, y son el producto histórico de actividades y prácticas discriminatorias, tanto individuales como sociales e institucionales, que obstaculizan el disfrute y ejercicio equitativo de los derechos ciudadanos por parte de hombres y mujeres. La mayoría de ellas están destinadas a vivir de acuerdo a los roles tradicionales rígidos, y frecuentemente sus decisiones son tomadas por otros, generalmente hombres²¹. Distintas sociedades

aceptan en mayor grado que el hombre tenga más de una pareja sexual o mucha más experiencia sexual que la mujer antes de establecerse con otra persona. Estas condiciones favorecen la mayor vulnerabilidad de las mujeres en relación con el VIH, porque se valida la conducta sexual del hombre en forma más permisiva.

Lo cierto es que más allá de la polémica, no puede negarse que, aun cuando el VIH/SIDA siga prevaleciendo en el ámbito global en la población masculina, urbana y con prácticas homosexuales o bisexuales, la tendencia internacional muestra claramente que esta epidemia cada vez más afecta más fuertemente a la población femenina, en particular a la más pobre y carente de poder.

La desigualdad de poder que tradicionalmente ha desfavorecido a las mujeres, junto con la dificultad de muchas de ellas para acceder al ingreso, la educación, la información o la atención adecuada de la salud, se combina para formar un cuadro de escasa capacidad para hacer visible su situación y negociar derechos, tanto en la vida doméstica como en las áreas públicas. Es preciso reconocer que la mayoría de las mujeres de nuestra región se encuentra en esta situación, lo que las coloca en un lugar de gran vulnerabilidad frente a la posibilidad de contagio de VIH/SIDA²².

Considerando lo anterior, las vulnerabilidades de las mujeres ante el VIH/SIDA parecen evidentes en países como Chile, donde permanecen aún arraigados paradigmas y mandatos de género que responden al modelo patriarcal de relación entre hombres y mujeres y de aproximación a la sexualidad de las personas, que se expresan en una posición subordinada de las mujeres, en la violencia contra ellas y el femicidio, así como en una visión de la sexualidad heteronormativa.

Los modelos corrientes de prevención que exhortan a las mujeres a practicar la monogamia, a reducir el número de parejas sexuales o bien insistir en el uso del condón, no sólo colocan en la mujer toda la responsabilidad por prácticas y métodos que corresponden al hombre- y no a ella-, sino que olvidan que no es el condón la clave de la prevención en la mujer, sino el desarrollo de una habilidad particular para negociar su uso con el compañero o para inducirlo a un cambio de comportamiento sexual.

Los programas de prevención tendrían que aumentar la autoestima y la confianza de las mujeres, tendrían que reconocer su valioso papel en la sociedad y superar las tradiciones que las excluyen, ya que la mujer es nuestra aliada en salud; frecuentemente es la proveedora de cuidados, la educadora, la portadora de cultura³.

Existe poca conciencia sobre la vulnerabilidad y derecho a la salud de las mujeres, desafortunadamente, con frecuencia también en las propias mujeres. Dentro de esta situación general; sin embargo se pueden identificar grupos más vulnerables que otros: en primer lugar las mujeres de los sectores sociales desfavorecidos y dentro de ellos, el grupo de las niñas y adolescentes- tanto por la inmadurez de su aparato reproductor como por las deficiencias en la educación sexual-, el de las mujeres cuya pareja está particularmente expuesta a incurrir en prácticas de riesgo- por ejemplo las mujeres migrantes o compañeras de migrantes temporeros- y finalmente el de las mujeres que intercambian sexo por dinero o drogas, que si bien ya ha sido objeto de muchas intervenciones, sigue constituyendo un grupo vulnerable cada vez más numeroso. Muchas mujeres, de hecho, pertenecen a varias de estas categorías al mismo tiempo²¹.

De acuerdo al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para detener la epidemia del SIDA hace falta un compromiso inquebrantable con los resultados, un cambio considerable de la actitud hacia el VIH y una atención mayor a los asuntos de derechos humanos y de género, incluyendo la estigmatización, discriminación y acceso desigual a la prevención, el cuidado y los tratamientos²².

En un estudio realizado en Chile, con el objeto de evaluar la vulnerabilidad por factores de riesgo al VIH/SIDA en mujeres en riesgo social, permitió inferir diferencias en los factores que condicionan la vulnerabilidad al VIH en los grupos de mujeres, siendo para aquellas que están en riesgo social el rol de género el factor con mayor capacidad predictiva de riesgo²³.

2.5 Las actitudes y su conceptualización

El término actitud, forma parte del lenguaje coloquial y normalmente es utilizado para explicar por qué las personas tienden a comportarse de la manera como lo hacen. Se entienden como una organización de inclinaciones, sentimientos, prejuicios, miedos, convicciones, ideas preconcebidas, creencias, relativamente duradera y estable, acerca de un objeto, persona o situación, que predispone a responder de determinada manera.

Las actitudes forman parte de nuestra vida y de nuestro comportamiento. Se tienen múltiples actitudes a favor o en contra del aborto, divorcio, pena de muerte, de una determinada alternativa política, de la religión, de la donación de órganos, etc. Todas ellas son aprendidas y se adquieren en el transcurso de la interacción social, a través de las distintas instancias de socialización²⁴. Al ser aprendidas son susceptibles de modificación. Esto no significa que todas las actitudes se modifiquen, ya que muchas de ellas son bastante estables y van a mantenerse, o a experimentar pequeños cambios, a lo largo de la vida, pero otras van a variar. La exposición a otra información a otros grupos o nuestra experiencia personal pueden cambiar nuestras actitudes, así como proporcionarnos otras nuevas.

Existen múltiples y variadas definiciones de actitud, ya en 1935 Allport, recopiló más de cien. Esta gran cantidad de definiciones existentes informa de la ambigüedad del concepto y también por lo tanto de las dificultades metodológicas en su investigación. Así, nos encontramos con que frecuentemente las actitudes se asimilan a valores, creencias, estereotipos, sentimientos, opiniones, motivación, prejuicios e ideología²⁴.

Debido a que nuestras evaluaciones de los objetos de actitud pueden ser favorables, neutrales o desfavorables se dice que las actitudes tienen una dirección positiva, neutral o negativa. En la medida que difieren en la dirección, las actitudes también difieren en intensidad, reflejando si la evaluación es débil o fuerte²⁵.

El Modelo más clásico respecto a la relación entre actitud y conducta es el modelo tridimensional o de los tres componentes de Rosenberg y Hovland. Desde la perspectiva que interesa, orientada a la medición de actitudes, se destaca que las actitudes están referidas hacia algo, hacia un objeto específico, La estructura de las actitudes suele ser concebida con tres componentes. Los componentes que estructuran las actitudes, son el cognitivo (información, creencias), el afectivo (gusto-disgusto, valoración) y el conductual (o con más propiedad, conativo, tendencia a la acción). Un ejemplo, sobre la actitud hacia el tabaco, siguiendo el modelo multidimensional sería el siguiente: El componente cognitivo tiene relación con el conocimiento que tiene el sujeto sobre los efectos tan perjudiciales que tiene el tabaco para los fumadores (cáncer de pulmón, problemas respiratorios, menos dinero, problemas con tu pareja, etc.). El componente afectivo se fundamenta en las emociones y sentimientos que experimenta esa persona cada vez que fuma (malestar general, pérdida de dinero, problemas conyugales). Y, por último, el componente conductual se basa en el comportamiento que realiza el sujeto como consecuencia de los dos componentes anteriores, en este caso será dejar de fumar.

El núcleo de las actitudes está en la tendencia afectivo-valorativa, y en esto suelen estar de acuerdo los diversos autores, lo mismo que en la relación e influjo mutuo entre los componentes afectivo cognitivo (un ejemplo clásico son los prejuicios); menos clara la relación entre actitudes en cuanto a medidas (a través de escalas e instrumentos similares) y conductas externas. Existe hoy un cierto acuerdo en considerar las actitudes como un factor importante, pero no el único, en la determinación de las conductas externas²⁷.

Con relación a cómo se construyen las actitudes, es posible señalar que algunas tendencias de evaluación positiva o negativa son innatas. Una de ellas es la preferencia del placer sobre la pena²⁸. La mayoría de las actitudes, sin embargo, son aprendidas. En la medida que las personas aprenden sobre un objeto de actitud (ya sea al interactuar con él o al oír hablar de él a amigos, familiares, maestros o medios de comunicación), construyen representaciones cognitivas del objeto; esta

representación del objeto se compone de información cognitiva, afectiva y conductual, asociada con el mismo.

Las actitudes se crean acordes o coherentes con la mayor parte de lo que las personas conocen, sienten y experimentan²⁸. La coherencia es una poderosa fuerza del pensamiento humano - la información positiva sobre un objeto de actitud, generalmente da como resultado una actitud positiva, De modo similar, las creencias, sentimientos o conductas negativas produce actitudes negativas.

Por supuesto, las diferentes porciones de información que se acumulan no siempre implican una evaluación coherente de un objeto de actitud. La mayoría de las personas argumentan en ambos sentidos acerca de los temas sociales más importantes, como la regulación de la inmigración, la pena de muerte, el control del medio ambiente.

Para los conductistas como Floyd Allport la Actitud “es la predisposición a actuar o responder de una forma determinada ante un estímulo u objeto actitudinal”. Para Doob serían “respuestas anticipatorias encubiertas aprendidas que poseen propiedades de estímulo y conducción, y que difieren de otras respuestas encubiertas sólo en que tienen un significante social. Por su parte, Bem²⁸, la define como “un estilo particular en la cual el sujeto no describe su ambiente privado Interno, sino su respuesta pública habitual ante el objeto de actitud, accesible a observadores externos”.

En resumen, se podría definir la actitud como una predisposición, aprendida, a valorar o comportarse de una manera favorable o desfavorable, una persona, objeto o situación. Al ser aprendidas las actitudes se adquieren y modifican por los mismos procesos que se adquieren y modifican los comportamientos. A través del condicionamiento clásico, del condicionamiento operante y del modelado. También existe otro mecanismo de adquisición de las actitudes, la comparación social. La comparación social es la tendencia a compararse con los otros para determinar si nuestra visión de la realidad es o no correcta ²⁴.

Las definiciones cognitivas son las últimas en aparecer en psicología coincidiendo con el cambio de paradigma del conductismo al cognitivismo.

Para los autores cognitivista las actitudes son rejillas interpretativas, esquemas cognitivos que el sujeto utiliza para interpretar y valorar cualquier objeto y situación.

Dentro de este bloque de definiciones, la más citada es la formulada por Gordon W. Allport, para quien la actitud “sería un estado de disposición mental o neural, organizado a través de la experiencia y que ejerce una influencia directa o dinámica sobre la respuesta del sujeto”²⁸.

Aunque existen numerosas definiciones sobre actitud y actualmente no existe una definición universalmente aceptada, en esta investigación adoptaremos aquella de Quiles, Marichal y Betancort²⁴, que la define como una “reacción evaluativa favorable o desfavorable hacia algo o alguien, que se manifiesta en nuestras creencias, sentimientos y conducta”.

Conocer las actitudes hacia un objeto, idea, problema, enfermedad o cualquier otro ámbito tiene importancia, ya que si bien, estas no determinan la conducta, en alguna medida la predicen con cierto grado de exactitud. De esta forma, lo que pensamos o sentimos interiormente, influye en lo que hacemos exteriormente, nuestras actitudes cambian el modo en que miramos a los objetos y esto, a su vez, cambia el modo en que actuamos hacia ellos.

Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos a que hacen referencia. Desde luego, las actitudes sólo son un indicador de la conducta, pero no la conducta en sí. Por ello las mediciones de actitudes deben interpretarse como "síntomas" y no como "hechos" (Padua, 1979). Si detectamos que la actitud de un grupo hacia la contaminación es desfavorable, esto no significa que las personas están adoptando acciones para evitar contaminar el ambiente, pero sí es un indicador de que pueden ir las adoptando paulatinamente. La actitud es como una semilla, que bajo ciertas condiciones puede germinar en comportamiento. Los profesionales de la salud²⁴, continuamente están intentando o

bien modificar actitudes o fomentar la adquisición de aquellas que benefician a la salud.

Decir que se puede predecir la relación entre actitudes y conducta no significa, sin embargo, que estas siempre estén de acuerdo. A veces, actuamos de manera contraria a nuestras convicciones personales y lo hacemos porque las actitudes son sólo uno de los varios factores que pueden afectar la conducta. Una de las razones más poderosa por lo que las actitudes a veces no están relacionadas con las conductas es que la acción está determinada por las normas sociales que son modelo de conducta²⁹.

Las actitudes no son susceptibles de observación directa sino que han de ser inferidas de las expresiones verbales; o de la conducta observada²⁴. Esta medición indirecta se realiza por medio de unas escalas en las que partiendo de una serie de afirmaciones, proposiciones o juicios, sobre los que los individuos manifiestan su opinión, se deducen o infieren las actitudes.

2.6 Las actitudes y el comportamiento

Las actitudes y el comportamiento no siempre son congruentes, debido a que sobre las actitudes y el comportamiento inciden variables relacionadas con; la situación, las propias actitudes y los individuos; los cuales van a provocar que las actitudes y el comportamiento no siempre vayan en el mismo sentido²⁴.

2.6.1 Los aspectos de la situación

Un importante factor que modera la relación entre las actitudes y el comportamiento son las restricciones situacionales. Algunas veces, las personas no pueden expresar sus actitudes porque si lo hacen serían contrarias a las normas en una determinada situación social. Otro aspecto, de las situaciones que afecta al vínculo actitud-comportamiento es la presión temporal. Cuando las personas están bajo presión temporal y han de decidir y actuar rápidamente, tienden a replegarse sobre sus actitudes que les sirven de guía rápida y sencilla. De este modo, en situaciones donde la presión temporal es elevada, el vínculo actitud-comportamiento

tiende a ser más fuerte que en situaciones donde no hay presiones y donde los individuos tienen tiempo para pensar en la información disponible con más detenimiento.

Los factores situacionales pueden influir en el vínculo entre actitudes y conducta aún de otra forma, en la implicación, es decir, las personas tienden a entrar y dedicar tiempo en las situaciones que permiten mantener una estrecha relación entre lo que decimos y lo que hacemos. Así, los individuos que se implican activamente en situaciones relacionadas con sus actitudes responden más rápidamente las afirmaciones sobre ellas. (Por ejemplo favorables a una acción antidiscriminatoria).

2.6.2 Las características de las actitudes

Algunas características de las actitudes así como también su origen van a tener importancia en la relación actitud-comportamiento. Existen muchas pruebas de que las actitudes formadas sobre la base de experiencias directas a menudo ejercen efectos más fuertes en el comportamiento que aquellas formadas indirectamente a través de rumores.

La intensidad de las actitudes es otra variable implicada en la relación actitud-comportamiento, la cual está determinada por tres componentes:

- a)** Importancia: los factores que entran en juego aquí son el interés propio, la identificación social y la conexión entre actitud y valores.
- b)** Conocimiento, es decir cuánto sabe un individuo acerca del objeto de actitud
- c)** Accesibilidad, esto es hasta qué punto la actitud viene fácilmente a la mente en diversas situaciones. En general cuanto más intensa es una actitud, más fácilmente se viene a la mente.

Recientes hallazgos indican que todos estos componentes juegan un papel en la intensidad de la actitud y todos ellos están relacionados: no sólo las actitudes intensas ejercen un mayor impacto sobre el comportamiento, también son más

resistentes al cambio, son más estables a través del tiempo, y tienen mayor impacto en diversos aspectos de la cognición social.

2.6.3 Los aspectos individuales

La posibilidad de que el vínculo entre actitud y el comportamiento sea más fuerte para unas personas que para otras depende, también, de características de la personalidad. Algunas personas, parece ser que utilizan sus actitudes como una importante guía de comportamiento, y las miran hacia su interior cuando intentan decidir cómo comportarse en una situación dada. Otros, por el contrario, centran su atención hacia el exterior, ven lo que los otros dicen o hacen y tratan de comportarse de modo que será contemplado más favorable por la gente que les rodea. Esta dimensión se conoce como la autovigilancia y la intensidad del vínculo entre actitud y comportamiento parece diferir para personas situadas en ambos extremos de esta dimensión. Específicamente, parece ser que las actitudes son un mejor predictor del comportamiento para los individuos con un nivel bajo de autovigilancia, los cuales utilizan sus actitudes como guías de comportamiento significantes. Por el contrario, este vínculo es más débil en los individuos con un nivel alto de autovigilancia²⁴.

2.7 Las actitudes y su medición

La escala tipo Likert³⁰ o en ocasiones llamada sumada es el instrumento más utilizado por la mayoría de los autores para medir actitudes. En esta escala, se pide al respondiente indicar su grado de aceptación o discrepancia con cada uno de los enunciados que están relacionados con el objeto en cuestión. Se clasifican las contestaciones de modo que sean congruentes en cuanto a la direccionalidad y luego se suman para obtener la calificación total de la actitud del respondiente ante el objeto.

Estas escalas presuponen que cada afirmación de la escala es una función lineal de la misma dimensión actitudinal, es decir, que todos los ítems que componen la escala deberán estar correlacionados entre sí y que existirá una correlación positiva entre cada ítem y la puntuación total de la escala (Perloff, 1993). Por ello, se suman todas las puntuaciones de cada afirmación para formar la puntuación total.

La escala Likert tiene la ventaja de que es fácil de construir y de aplicar, y, además, proporciona una buena base para una primera ordenación de los individuos en la característica que se mide.

Para confeccionar una escala de tipo Likert, se selecciona un conjunto de enunciados relacionados con la actitud que se pretende medir, estos ítems no se someten a una evaluación de jueces expertos, como en el caso de las escalas de Thurstone²², sino que se ponen a prueba en parte del colectivo que se pretende estudiar. Se asignan puntuaciones a estos ítems y se someten a análisis estadísticos dichos valores para determinar su poder discriminativo. Finalmente, se confecciona una escala definitiva con los ítems que no han sido rechazados.

La construcción de esta escala comporta los siguientes pasos:

1º) Se recoge una larga serie de ítems relacionados con la actitud que queremos medir y se seleccionan, aquellos que expresan una posición claramente favorable o desfavorable. Estos ítems pueden ser elaborados por personas

conocedoras del tema que se pretende medir y conocedoras, así mismo, del colectivo de individuos que responderá a la escala definitiva.

La cantidad de enunciados que integra una escala Likert varía de acuerdo a la naturaleza de la variable operacionalizada.

2º) Se selecciona un grupo de sujetos similar a aquél al que piensa aplicarse la escala. Estos responden, eligiendo en cada ítem la alternativa que mejor describa su posición personal.

3º) Las respuestas a cada ítem reciben puntuaciones más altas cuanto más favorables son a la actitud, dándose a cada sujeto la suma total de las puntuaciones obtenidas.

4º) Para asegurar la validez del contenido, aproximadamente la mitad de los ítems deben expresar posición favorable y desfavorable la otra mitad.

En ciertos casos, para obligar a los individuos a definir su posición de forma más clara, se puede suprimir la respuesta "indeciso".

Un ítem es una frase o proposición que expresa una idea positiva o negativa respecto a un fenómeno que nos interesa conocer. Existen tres criterios para la confección de los ítems de una escala, siendo estos los que a continuación se describen:

- a)** Los ítems deben facilitar respuestas relacionadas con el fenómeno medido, aunque dicha relación no tiene porqué ser necesariamente manifiesta.
- b)** Cada ítem debe declarar no sólo las dos posturas extremas, sino guardar las intermedias. A medida que la escala gane en sensibilidad, ganara también en precisión, y
- c)** Los ítems deben ser fiables y seguros.

2.8 Propiedades psicométricas de un instrumento

Evaluar las propiedades psicométricas de un instrumento es un criterio esencial para determinar la calidad de su medición. Las dos características métricas esenciales para valorar la precisión de un instrumento son la fiabilidad y la validez. La fiabilidad hace referencia al hecho de medir una variable de manera constante y la validez que el instrumento mide lo que quiere medir. No todo instrumento que sea fiable es válido. Un instrumento puede ser fiable porque mide una variable de manera constante, pero inválido si no mide el fenómeno que quiere medir, la sensibilidad y la factibilidad son otras características métricas que también miden la validez de un instrumento³¹.

2.8.1 Concepto de fiabilidad

La fiabilidad es la propiedad que designa la constancia y precisión de los resultados que obtiene un instrumento al aplicarlo en distintas ocasiones. Evalúa el grado de consistencia en que un instrumento mide lo que debe medir. Un instrumento es fiable cuando los resultados son comparables en situaciones similares. La fiabilidad se mide en grados y se expresa en forma de coeficiente de correlación que varía de 0, significando ausencia de correlación, a 1 que es una correlación perfecta. Ningún instrumento presenta el máximo grado de correlación en las distintas situaciones, por ello es necesario determinar el grado de correlación aceptable, situándose este entre 0.7 y 0.9³¹.

La fiabilidad se puede estimar por cuatro medios: la consistencia interna, la estabilidad, la equivalencia y la armonía interjueces. El método utilizado depende de la naturaleza del instrumento.

2.8.2 Concepto de validez

La validez explora en qué grado un instrumento mide lo que debería medir, es decir aquello para lo que ha sido diseñado. Puede estimarse de diferentes maneras cómo son la validez de contenido, validez de criterio y validez de constructo. Cada una de ellas proporciona evidencias a la validación global del instrumento³¹.

La validez aparente³¹ es una forma de validez de contenido que mide el grado en los ítems parecen medir lo que se proponen. Es el método más sencillo para medir la validez del instrumento. Se considera la parte del -sentido común- de la validez de contenido que asegura que los ítems del instrumento sean adecuados. Consiste en que algunas personas, expertas o no, digan si consideran relevantes los ítems incluidos en un instrumento. Medir la validez aparente es importante porque la aceptación de la escala por varias personas da consistencia a la hora de utilizarla. La validez de contenido es un método relevante sobre todo cuando se diseña un instrumento. No es tan importante cuando un instrumento ya ha sido validado anteriormente y utilizado en distintos ámbitos. La validez de contenido evalúa de manera cualitativa si el cuestionario abarca todas las dimensiones del fenómeno que se quiere medir, ya que se considera que un instrumento es válido en su contenido si contempla todos los aspectos relacionados con el concepto que mide.

Validez de criterio³¹ es el grado de correlación entre un instrumento y otra medida de la variable a estudio que sirva de criterio o de referencia. Cuando hay una medida de criterio aceptada por investigadores del campo se le llama estándar o regla de oro y los instrumentos que miden el mismo concepto se comparan con esa medida. Sin embargo, cuando no existen medidas previas que puedan considerarse como medida estándar, la validez de criterio se mide buscando otro instrumento que sirva de medida comparable. Hay dos formas de validez de criterio: la validez concomitante y la validez predictiva. La validez concomitante mide el grado de correlación entre dos medidas del mismo concepto al mismo tiempo y en los mismos sujetos. Puede medir la correlación con el instrumento en global o de cada ítem, esta técnica se utiliza también para seleccionar los mejores ítems de un instrumento y realizar las modificaciones en el instrumento que se está validando. La validez concomitante se expresa por coeficientes de correlación. La validez predictiva mide el grado de correlación entre un instrumento y una medida posterior del mismo concepto o de otro está estrechamente relacionado. Mide de qué manera un instrumento predice una evolución o un estado posterior. Por ejemplo, un instrumento que mide aptitudes en estudiantes que comienzan unos estudios puede servir para predecir un grado de éxito en el futuro.

2.8.3 Validez de constructo

Esta validez determina la relación del instrumento con la teoría y la conceptualización teórica. El proceso para medir la validez de constructo empieza definiendo una dimensión o tema, indicando la estructura interna de sus componentes y su relación teórica con otros instrumentos que midan la misma dimensión. La validez de constructo es un proceso continuo que contribuye a entender mejor el constructo del instrumento y a realizar nuevas predicciones. Esta validez se explora especialmente cuando el diseño del instrumento se ha basado en una teoría. En otros procedimientos, la validez de constructo se puede verificar mediante estudios de validez convergente- divergente, de análisis factorial y de validez discriminante.

La validez convergente se apoya en la hipótesis de que el instrumento que se valida correlaciona con otra escala de medida y examina si el instrumento se correlaciona con variables de otros instrumentos que deberían estar relacionadas con él. Las variables que se espera que no tengan relación se obtiene con la validez divergente, que se apoya en la hipótesis de que el instrumento no correlaciona con otras escalas. Se podría decir que la validez convergente evalúa la sensibilidad y la divergente la especificidad del instrumento. Se miden con el método multirasgo-multimétodo, de Campbell y Fiske, que emplea conceptos de validez convergente y discriminante.

CAPITULO III: PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Validar una Escala para medir la actitud de las mujeres en edad fértil hacia la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

3.2 Objetivos específicos

1. Evaluar la validez de contenido de la Escala de medición de actitudes en mujeres hacia la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, mediante juicio de expertos.
2. Determinar las propiedades psicométricas de la Escala de medición de actitudes en mujeres hacia la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
3. Describir el instrumento validado y definir su campo de aplicación.

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño del estudio, tipo de estudio, descripción del estudio

El diseño corresponde a un proceso de validación de una escala de medición de actitudes.

El instrumento que se sometió a validación, fue construido por la autora de esta tesis, en el año 2009 y revisado en el año 2015. (Ver anexo 6.1)

Este instrumento considera siete dimensiones para medir el constructo actitud de las mujeres hacia la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, siendo estas las siguientes:

1. Actitud hacia el riesgo de infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
2. Actitud hacia las vías de transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
3. Actitud hacia las medidas de prevención del Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
4. Actitud hacia la detección oportuna del Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
5. Actitud hacia el apoyo social de personas infectadas y/o enfermas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
6. Actitud hacia la confidencialidad del diagnóstico de la infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
7. Actitud hacia el tratamiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Para cada una de las dimensiones se elaboraron ítems en los componentes cognitivos, afectivos y conativo-conductual, definiendo ítems positivos y negativos, tal como se describe en la tabla de especificaciones de Instrumento que se muestra a continuación:

4.1.1 **Tabla de especificaciones del instrumento para medir actitudes de las mujeres hacia la infección por VIH/SIDA**

Dimensiones	Componente cognitivo	Componente afectivo	Componente conativo-conductual
Actitud hacia el riesgo de Infección	Cualquier persona se puede contagiar con el virus del Sida. (+)	Me preocupa contagiarme con el virus del Sida. (+)	Prevenir la infección del virus del Sida, es difícil para la mujer. (-)
	El riesgo de adquirir el virus del sida aumenta o disminuye, según nuestras conductas. (+)	Me preocupa que las mujeres no asuman el riesgo de contagio con el virus del Sida (+)	Es necesario que las mujeres se atrevan a conversar sobre el riesgo de adquirir el virus del Sida con su pareja. (+)
Actitud hacia las vías de transmisión del virus del Sida	En nuestro país, la infección con el virus del Sida, ha dejado de ser un riesgo para que las mujeres se embaracen. (+)	Rechazo a las mujeres que se embarazan Conociendo su condición de portadora del virus del Sida. (-)	Conversaría con las mujeres para que se informen de los riesgos del virus del Sida, antes de embarazarse. (+)
	La transmisión del virus del Sida de madre a hijo/a es poco frecuente en nuestro país. (+)	Es lamentable que las mujeres no se preocupen de evitar la transmisión a su futuro hijo/a. (-)	Si de mí dependiera prohibiría que las mujeres que viven con el virus del Sida amamantar a su hijo/a con leche materna. (+)
	Las personas que comparten drogas inyectables son las más expuestas al contagio con el virus del Sida. (+)	El Sida es una enfermedad de las personas que usan drogas inyectables (-)	Evito relacionarme con drogadictos, por lo que no tengo riesgo de contagio con el virus del Sida(-)

Dimensiones	Componente cognitivo	Componente afectivo	Componente conativo-conductual
	La principal vía de transmisión del virus del Sida en Chile, es a través de las relaciones sexuales. (+)	Me gustaría que las mujeres asumieran mayor protagonismo en el control de la infección del virus del Sida (+)	Evito las relaciones sexuales sin condón, por el contagio con el virus del Sida. (+)
	Es imposible que el virus del Sida se transmita al convivir con personas infectadas o enfermas. (+)	Sentiría miedo compartir con una persona contagiada con el virus del Sida. (-)	Acogería en mi casa a un familiar contagiado con el virus del Sida. (+)
Actitud hacia las medidas de prevención	La mejor manera de prevenir la infección con el virus del Sida, es teniendo una única pareja sexual en la vida. (-)	Las mujeres que han tenido relaciones sexuales con un solo hombre en la vida, igual tienen riesgo de infección con el virus del Sida. (+)	Las mujeres deberían saber que el riesgo de infección con el virus del Sida, depende del comportamiento no solo de ella, sino también de su pareja. (+)
	Para prevenir el contagio con el virus del Sida, es necesario usar correctamente el condón en cada relación sexual. (+)	Me desagrada el uso del condón, porque quita lo romántico de la relación. (-)	Me daría vergüenza pedir a mi pareja el uso del condón, por lo que pueda pensar de mí. (-)
	Estoy convencida que una relación basada	Tener pareja estable, evita el	Les diría a las mujeres que el amor de pareja no basta

Dimensiones	Componente cognitivo	Componente afectivo	Componente conativo-conductual
	en el amor protege contra la infección del virus Sida. (-)	riesgo de contagio con el virus del Sida. (-)	para sentirse protegida contra la infección del virus del Sida. (+)
	El Sida es una enfermedad que se puede prevenir, siendo fiel a la pareja. (-)	La fidelidad ayuda a prevenir la infección por el virus del Sida(+)	Recomendaría a las parejas a ser mutuamente fieles, para evitar el contagio con el virus del Sida. (+)
Actitud hacia la detección oportuna	Para conocer su condición de salud, las mujeres deberían hacerse el examen para detectar el virus del Sida. (+)	Me daría miedo hacerme el examen para detectar el virus del Sida. (-)	Estaría dispuesta a realizarme el examen del Sida, para saber si estoy o no contagiada. (+)
Actitud hacia el apoyo social	Es lamentable que las personas que viven con el virus del Sida sean discriminadas en sus trabajos. (+)	Es injusto que las personas que viven con el virus del Sida reciban un trato discriminatorio. (+)	Evitaría compartir con una persona contagiada con el virus del Sida, por temor al contagio. (-)
Actitud hacia la Confidencialidad del diagnóstico	Es positivo que el personal de salud mantenga en reserva la condición de los pacientes que viven con el virus del sida. (+)	Me molesta que mantengan en reserva el nombre de las personas que viven con el virus del Sida. (-)	Si me contagiara con el virus del Sida no me atrevería a contárselo a mi familia. (-)

Dimensiones	Componente cognitivo	Componente afectivo	Componente conativo-conductual
Actitud hacia el tratamiento de la infección por VIH/SIDA	Actualmente el Sida es una enfermedad que se puede tratar con medicamentos. (+)	Me siento tranquila, porque en caso de contagiarme el virus del Sida tendría garantizado el tratamiento en el AUGE. (+)	Si me contagiara con el virus del Sida no me sometería a tratamiento, por lo que pudieran pensar de mí. (-)

Los ítems del instrumento se medirán con escala Likert con 5 categorías, las respuestas se expresan en números que van del 5 al 1, donde cinco (5) significa “Totalmente de acuerdo”; cuatro (4) “Algo de acuerdo”; tres (3) “No estoy segura”; dos (2) “Algo en desacuerdo” y uno (1) “Totalmente en desacuerdo”.

Los ítems favorables (positivos) se puntúan con una valoración que va de 5 a 1 y los ítems desfavorables (negativos) se invierte la valoración de 1 a 5.

El instrumento elaborado, consta de 45 ítems en total, distribuidos de la siguiente manera:

Polaridad de los ítems	Número del Ítems	Total de ítems
Ítems de Tendencia Favorable Positivos(+)	1/2/4/5/6/7/9/10/12/13/16/17/18/19/21/23/24/25/ 30/32/33/34/ 36/37/38/40/43/44	28
Ítems de tendencia desfavorable Negativos(-)	3/8/11/14/15/20/22/26/27/28/29/31/35/39/41/42/ 45/	17
Total Ítems	_____	45

Este instrumento, en su primera versión fue aplicado a 13 mujeres pertenecientes al Centro de Salud Familiar Isabel Riquelme de la ciudad de Chillán para determinar el grado de comprensión del mismo y de este modo realizar los ajustes necesarios que fueron sugeridos por las propias mujeres. Las modificaciones estuvieron relacionadas con el tiempo verbales de los ítems, formato del instrumento, conceptos difíciles de comprender así como también determinar el tiempo utilizado en responder la escala, que fue de aproximadamente 15 minutos.

4.2 Población y muestra, unidad(es) de muestreo

Población:

Mujeres en edad fértil en control en el Centro de Salud Familiar Violeta Parra de la Comuna de Chillán, según los registros de la Unidad de Bioestadística del Servicio de Salud Ñuble 12.168 mujeres beneficiarias en dicho Centro de Salud en el año 2015.

Muestra:

El tamaño muestral se calculó con un 95% de confianza y un máximo error permisible del 5%, con lo cual resultaron 372 mujeres, El muestreo se realizó en forma aleatoria simple con mujeres en edad fértil que asistieron al establecimiento a recibir algún tipo de prestación, entre los meses de mayo y junio de 2016.

Unidad de Muestreo:

Mujeres en edad fértil entre los 18 y los 49 años beneficiarias en el Centro de Salud Familiar Violeta Parra de la ciudad de Chillán, durante el año 2016.

Criterios de Inclusión

Mujeres que aceptaron libre y voluntariamente participar en la investigación, procediendo en primera instancia firmar el consentimiento informado para participar en dicho estudio. (Ver anexo N°6.3)

Criterios de exclusión:

Se excluyeron de la muestra las mujeres beneficiarias del programa de la mujer que no supieran leer, mujeres con discapacidad mental, trabajadoras sexuales, mujeres menores de 18 años y mayores de 49 años. Las mujeres contagiadas y enfermas de SIDA.

4.3 Listado de variables o tópicos del estudio

Variable Dependiente	Categoría o valores	Indicador
Actitud hacia la infección por VIH/SIDA: Es la manera de reaccionar que tienen las mujeres hacia la infección por VIH/SIDA considerando sus creencias, sentimientos y conductas, medidas a través de la escala diseñada para la presente investigación.	Actitud favorable: Implica aceptar que el Sida afecta a todos y que existe una responsabilidad individual para evitar el contagio; a la vez que permite suponer un actuar comprensivo y solidario tanto con los infectados por el VIH como con los enfermos del SIDA, evitando la discriminación Actitud desfavorable: Desconocer que la responsabilidad ante el contagio es individual y que el Sida afecta a todos; también supone un actuar discriminatorio tanto con los infectados por el VIH como los enfermos del Sida.	Suma de las respuestas a todas las afirmaciones de La escala en las diferentes dimensiones.

Variable Dependiente	Categoría o valores	Indicador
	Actitud indiferente: Implica una visión de la infección del Virus del Sida como un problema social más que personal, también supone un actuar desinteresado tanto con los infectados por el VIH como los enfermos del Sida.	

Variables socio demográficas	Categoría o valores	Indicador
Edad	18 -24 años 25-34 años 35-44 años 45- 49 años	Nº de años cumplidos al momento de la aplicación del cuestionario.
Religión	Católica Evangélica Testigo de Jehová Ninguna Otras (especificar)	Religión que profesa al momento de la aplicación de la encuesta.
Nivel educacional	Enseñanza básica Enseñanza media Enseñanza universitaria Enseñanza de post grado Otras (especificar)	Tipo de enseñanza cursada
Estado civil	Soltera Casada Viuda Separada/Divorciada	Estado civil de las mujeres al momento de la encuesta.

Variables socio demográficas	Categoría o valores	Indicador
Relación de pareja	Si/ No	Existencia o ausencia de pareja al momento de la aplicación del instrumento.
Tipo de relación de pareja	Estable Ocasional	Frecuencia de la relación de pareja momento de la aplicación del instrumento.
Ocupación	Trabajadora de casa particular Empleada pública Comerciante Temporera Dueña de Casa Cesante Estudiante Otras (especificar)	Profesión u oficio que realiza la mujer al momento de la encuesta
Medios de información	Radio Televisión Material escrito(cartilla, volantes, afiches) Consejería individual Talleres Grupales Otros (especificar)	Medios de información a través de los cuales se ha informado sobre el VIH/SIDA
Personas que le han informado	Hijos/as Personal de salud Personal de educación Amigos/as	Personas o grupos de personas que le han proporcionado información respecto a la infección por

Variables socio demográficas	Categoría o valores	Indicador
	Colegas Pareja Otros (especificar)	el Virus del Sida
Uso de preservativo o Condón	Siempre Ocasionalmente Nunca	Frecuencia de uso del preservativo

4.4 Actividades principales del trabajo de terreno y de control de sesgos de medición.

Las actividades principales del trabajo en terreno fueron las siguientes:

- Coordinación con la Directora del Centro de Salud Familiar Violeta Parra.
- Presentación del Proyecto de Investigación al Comité de Ética del Hospital Clínico Herminda Martín, dependiente del Servicio de Salud Ñuble, para su autorización.
- Entrevista con Matrona Coordinadora del Centro de Salud.
- Validación de contenidos del instrumento, mediante juicio de expertos
- Aplicación del Instrumento.
- Recogida de los datos
- Ingreso de datos a sistema informático
- Análisis de la información

En esta investigación, se controló el Sesgo de Berkson: como el estudio se realizó en beneficiarias del sector público de salud los datos sólo serán representativos para ese grupo de mujeres.

4.5 Métodos, técnicas de procesamiento y análisis de la información

1.5.1 Metodología Cualitativa

Para la validación de contenido del instrumento, se procedió aplicar el método de agregados individuales, es decir se solicitó a un grupo impar de profesionales del área de salud, expertas en el tema de la infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana que revisaran las preguntas en función de los siguientes criterios;

- Claridad en la redacción de los ítems
- Lenguaje adecuado con el nivel de las mujeres y
- Pertinencia de los ítems a evaluar.

Se seleccionaron tres profesionales expertas, para juzgar de manera independiente la relevancia y congruencia de los reactivos con el contenido teórico, la claridad en la redacción la formulación de los ítems. (Ver anexo 6.2)

4.5.2 Metodología Cuantitativa

Los datos se procesaron en el paquete estadístico SPSS 21, para obtener en primer lugar los estadísticos descriptivos de cada uno de los ítems, factores y la prueba.

Para el análisis de los ítems se utilizó el método de la correlación ítem-escala.

Para conocer la confiabilidad del Instrumento se utilizó el método índice de consistencia interna calculado con el Alfa de Cronbach.

La validez de constructo, mediante el análisis factorial confirmatorio, a través del método de componentes principales con Rotación Varimax.

El análisis factorial es un análisis estadístico multivariante que reduce un conjunto de variables interrelacionadas en un número de variables comunes llamados factores. Esta técnica se utiliza para distinguir las dimensiones subyacentes que

establecen las relaciones entre los ítems del instrumento. Hay dos tipos de análisis factorial: el exploratorio y el confirmatorio. El exploratorio se utiliza cuando no se conocen previamente los factores definitorios de las variables y el confirmatorio cuando se parte de factores definidos a priori y se comprueba la adecuación de los mismos al constructo teórico. La interpretación de un factor se realiza examinando las cargas factoriales de los ítems que incluye. Representan la variabilidad de cada ítem explicada por cada factor, algunos recomiendan tener en cuenta las cargas cuyos ítems muestren al menos un 15% de la varianza común con el factor. Esto se suele realizar con el test de Bartlett, que indica que existe correlación entre las variables con lo que el análisis factorial tendría sentido; se considera adecuado con un nivel de significación menor de 0,05. El índice de Kaiser Meyer Olkim indica el grado de intercorrelación de las variables; si es mayor de 0.7 se considera factible.

También se hizo un análisis descriptivo de la población estudiada, utilizando estadística descriptiva.

4.6 Aspectos éticos

El presente estudio acoge las normas éticas básicas de la Declaración de Helsinki, por lo que la información recabada de las usuarias se manejó exclusivamente para el desarrollo de la presente investigación, y únicamente por la investigadora, con carácter de confidencial, por lo que la identidad de las mujeres entrevistadas se manejó con absoluta reserva de la investigadora, sin divulgación del contenido de los formularios. Se obtuvo la autorización de las mujeres, a través de la firma del consentimiento informado, el cual fue visado por el Comité de Ética del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, único Comité acreditado en el Servicio de Salud de Ñuble, así como también de la directora del Centro de Salud Violeta Parra, para el desarrollo de la investigación, luego de ofrecer una información detallada sobre el estudio.

CAPITULO V: RESULTADOS

a) Análisis descriptivo de las variables socioculturales de las mujeres en estudio

De las 150 encuestas aplicadas, se excluyeron del análisis a aquellas en que las usuarias contestaron menos de 40 ítems en el test ($i=45$), quedando la muestra recortada a la cantidad de 146 mujeres inscritas en el Centro de Salud Violeta Parra de la ciudad de Chillán, muy por debajo de lo inicialmente propuesto en la determinación de la muestra que era de 372 mujeres de entre 18a 49 años de edad.

El mayor porcentaje de las mujeres de la muestra se concentró en el grupo etario joven de 18 a 24 años, esto es un 28.8%, seguida por las mujeres entre 25 a 34 años y las de 35 a 44 años, ambos grupos etarios concentraron respectivamente un 26% de las mujeres y el mejor porcentaje, 19.2% quedo representado por mujeres de 45 a 49 años. La edad promedio de la muestra fue de 33 años con una mediana de 32 años, esto es que el 50% de ellas está por sobre esta edad y el otro 50% está por debajo de la misma. El 58.6% de ellas, declaró profesar la religión católica, un 23.43%. Evangélica, destaca que un 13.8% señaló no profesar ninguna religión, un 0.7% señaló ser testigo de Jehová y un 4,1% indicó profesar otras religiones. La mayor proporción, esto es un 44.1% de las mujeres declaró tener enseñanza media, un 38.0% enseñanza superior, un 13.1% enseñanza básica y una no despreciable proporción de las mujeres alcanzó niveles de enseñanza de post grado, un 4,8% de las mujeres. El mayor porcentaje de las mujeres de la muestra refirió ser soltera, esto es un 60.3% casada un 32.1% y divorciada un 7.6%, no se presentaron mujeres viudas.

El mayor proporción de las mujeres declaró ser empleada pública con un 34.3%, seguido por dueña de casa con un 20.5% y un 13% estudiante, un 10.3% cesante, un 7,5% trabajadora de casa particular y comerciante, además de un 11% que declaró tener otras ocupaciones u oficios.

El 74% señaló tener pareja y un 26% refirió no tenerla. De las que dijeron tener pareja; un 96.3% señaló tener pareja estable y un 3.7% ocasional.

Un 66.4% de las mujeres, no utiliza el preservativo o condón y tan sólo un tercio de ellas señaló utilizarlo como medida de protección, una vez que han iniciado su vida sexual.

Al consultarles por los medios de información mediante los cuales se han informado preferentemente, esto es un 72.6% las mujeres lo ha hecho a través de la televisión, en segundo lugar medios escritos un 59.6%, y en tercer lugar la radio con un 30.1%, la consejería individual y los talleres ocupan lugares más bajos, con un 11,0% y 6,8% respectivamente. Además, el 63.0% Las mujeres ha recibido información respecto a la infección por el virus del Sida del personal de salud, un 46.6% del personal de educación, un 23.3% de los amigos /as, un 11.6 % de colegas y pareja y tan sólo un 6.2% de los hijos/a.

b) Análisis de Confiabilidad de la Escala

De las 146 encuestas aptas para el análisis se procedió a reemplazar los valores perdidos mediante imputación basada en la media de la serie. Este procedimiento hace posible trabajar con las escalas aun cuando hayan existido omisiones puntuales para determinados ítems, fijando un límite de tolerancia en hasta 5 ítems no contestados.

En primera instancia, se procedió a calcular los estadísticos de la escala para medir actitudes de las mujeres hacia la infección con el virus del Sida conformado por 45 ítems, arrojando una media de 99.36, varianza de 147,81 con una desviación estándar de 12.16.

La confiabilidad global del instrumento medida mediante el coeficiente Alfa de Cronbach fue de 0.552, esto implica que la consistencia interna de la escala se ubica por debajo de los estándares métricos exigidos a este tipo de instrumentos. Además, se evidenciaron correlaciones negativas entre algunos ítems y la puntuación total de dicha escala.

Pese a lo anterior es evidente que el alfa de Cronbach tiende a ser más bajo cuando la estructura que subyace en los datos es de carácter multidimensional. Esto implica que pese a este magro nivel de fiabilidad global es posible identificar si algunas sub-escalas que componen el test tienen diferenciales niveles de consistencia. También es posible identificar qué ítems predicen mejor la puntuación final, lo cual constituye un indicador de la relevancia y utilidad de cada ítem.

Otro factor que altera fuertemente la consistencia interna es la variabilidad de la muestra. Entre más homogénea sean las respuestas menor será el alfa de Cronbach. Es decir, si la mayoría de las encuestadas responde las mismas alternativas dentro de la escala, los ítems no podrán discriminar entre quienes expresan estar a favor de quienes expresan estar en contra.

La tabla siguiente muestra los indicadores de confiabilidad para cada ítem.

Tabla N°1: Estadísticos total-elemento

Ítems	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1(+)	98.0287	143.153	.162	.543
2(+)	97.6143	147.904	-.058	.565
3(-)	96.8064	135.219	.257	.529
4(+)	97.8939	143.592	.145	.545
5(+)	97.9429	144.542	.116	.547
6(+)	98.2527	143.237	.340	.539
7(+)	95.9240	153.235	-.219	.581
8(-)	96.4314	143.544	.048	.556
9(+)	98.1021	143.978	.197	.543
10(+)	96.2582	149.342	-.101	.567
11(-)	94.7623	151.124	-.197	.567
12(+)	96.2313	151.992	-.176	.579
13(+)	97.5473	150.321	-.133	.570
14(-)	96.3555	141.013	.144	.544
15(-)	96.8518	134.371	.281	.526

16(+)	97.5762	152.244	-.202	.575
17(+)	98.1540	146.862	.036	.552
18(+)	96.9180	141.417	.102	.549
19(+)	96.5119	145.734	-.005	.561
20(-)	97.1621	139.967	.164	.541
21(+)	97.3485	141.503	.174	.541
22(-)	95.3209	139.385	.222	.536
23(+)	97.7390	141.239	.242	.537
24(+)	98.2664	143.547	.333	.540
25(+)	97.8520	145.007	.071	.550
26(-)	96.4177	139.707	.147	.544
27(-)	97.5297	136.488	.303	.527
28(-)	96.6056	132.856	.306	.522
29(-)	95.4308	140.765	.142	.544
30(+)	97.9514	142.816	.192	.542
31(-)	95.3555	142.148	.127	.546
32(+)	95.2801	146.898	-.022	.560
33(+)	97.9034	147.056	.000	.555
34(+)	98.2382	145.182	.199	.545
35(-)	97.5979	134.188	.363	.519
36(+)	97.9856	143.151	.136	.545
37(+)	97.9453	138.648	.317	.530
38(+)	97.8966	137.157	.337	.526
39(-)	97.3551	134.843	.332	.522
40(+)	97.7322	146.946	-.018	.559
41(-)	97.4176	135.690	.306	.525
42(-)	97.0450	131.238	.442	.509
43(+)	97.5210	145.870	.032	.554
44(+)	97.1363	152.526	-.212	.576
45(-)	97.7459	136.165	.352	.523

La Correlación ítem-total, permite evaluar qué tan buen predictor es un ítem respecto del puntaje final obtenido en la escala. Las correlaciones negativas son preocupantes, es posible que las encuestadas hayan entendido mal los ítems o que la polaridad de los mismos esté mal orientada. Aquellos ítems con mayor correlación

negativa son precisamente aquellos que al ser eliminados incrementan el valor del Alfa de Cronbach.

Para mejorar el Alfa de Cronbach se descartaron ítems de forma sucesiva hasta que la eliminación de un ítem no generará una mejora en la confiabilidad de la escala.

Tabla N°2 Estadísticos total-elemento

Ítem	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1(+)	42.5438	119.015	.160	.754
3(-)	41.3215	109.860	.309	.747
4(+)	42.4089	119.247	.151	.754
6(+)	42.7678	119.522	.303	.749
9(+)	42.6171	120.210	.167	.753
14(-)	40.8706	114.661	.221	.752
15(-)	41.3669	108.428	.355	.742
20(-)	41.6771	112.218	.288	.747
21(+)	41.8636	117.879	.156	.755
22(-)	39.8359	115.302	.228	.751
23 (+)	42.2541	117.906	.209	.751
24(+)	42.7815	118.973	.371	.748
27(-)	42.0448	109.743	.417	.737
28(-)	41.1206	110.171	.285	.749
30(+)	42.4664	117.841	.235	.750
34(+)	42.7533	120.696	.216	.752
35(-)	42.1130	108.037	.461	.734
37(+)	42.4604	112.930	.404	.740
38(+)	42.4116	113.459	.338	.744
39(-)	41.8702	108.555	.429	.736
41(-)	41.9327	110.839	.350	.742
42(-)	41.5601	106.281	.507	.730
45(-)	42.2610	111.741	.385	.740

La escala modificada que quedó constituida por 23 ítems, arrojando una media de 43.88, una varianza de 123.30 y una desviación estándar de 11.10.

La escala total arrojó un Alfa de Cronbach de 0.76, el cual es aceptable, demostrando que la escala tiene una buena consistencia interna para este grupo de ítems.

c) Análisis de Validez de la Escala

KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.707
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	914.021
	GI	253
	Sig.	.000

Tabla N° 3: Comunalidades

Ítems	Inicial	Extracción
1	1.000	.442
3	1.000	.691
4	1.000	.404
6	1.000	.755
9	1.000	.637
14	1.000	.646
15	1.000	.526
20	1.000	.628
21	1.000	.668
22	1.000	.595
23	1.000	.618
24	1.000	.811
27	1.000	.436
28	1.000	.509
30	1.000	.560
34	1.000	.570
35	1.000	.657
37	1.000	.753
38	1.000	.734
39	1.000	.636
41	1.000	.366
42	1.000	.622
45	1.000	.539

Método de extracción: Análisis de Componentes Principales.

La medida de adecuación muestral de Kaiser –Meyer Olkin resultó relativamente alta (0.707), en la prueba de esfericidad de Bartlett se obtuvo un valor significativo ($p < .001$) y el estudio de comunalidades mostró valores (extracción) mayores o muy cercanos a 0.7 en la gran mayoría de los ítems. Estos tres indicadores permitieron corroborar la justa utilización del análisis factorial.

Tabla N° 4: Varianza total explicada

Componentes	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4.073	17.711	17.711	4.073	17.711	17.711	2.742	11.922	11.922
2	2.869	12.476	30.186	2.869	12.476	30.186	2.691	11.702	23.624
3	1.629	7.082	37.268	1.629	7.082	37.268	2.158	9.381	33.005
4	1.589	6.910	44.178	1.589	6.910	44.178	1.896	8.245	41.250
5	1.292	5.616	49.794	1.292	5.616	49.794	1.547	6.727	47.977
6	1.260	5.478	55.272	1.260	5.478	55.272	1.425	6.195	54.172
7	1.090	4.739	60.011	1.090	4.739	60.011	1.343	5.839	60.011
8	.989	4.299	64.310						
9	.954	4.149	68.459						
10	.845	3.674	72.133						
11	.825	3.588	75.721						
12	.742	3.225	78.945						
13	.669	2.910	81.855						
14	.636	2.766	84.621						
15	.594	2.581	87.201						
16	.559	2.430	89.632						
17	.479	2.084	91.716						
18	.444	1.931	93.647						
19	.389	1.693	95.340						
20	.360	1.564	96.904						
21	.310	1.348	98.252						
22	.266	1.159	99.411						
23	.136	.589	100.000						

Los siete factores obtenidos explican el 60.01% de la varianza total de la escala de medición de actitudes.

Matriz de componentes rotados^a

	Componente						
	1	2	3	4	5	6	7
I1	.661	.021	.014	.015	-.061	-.008	.028
I3	.019	.402	-.236	.331	.222	.518	-.215
I4	.601	.084	.005	-.161	.023	.086	.044
I6	.835	.072	.201	-.033	.088	.042	-.035
I9	.056	-.037	.015	.092	.772	-.111	.124
I14	-.111	.021	.017	.730	-.079	.277	-.128
I15	.034	.104	.105	.697	.052	.007	.123
I20	-.152	.387	-.038	.444	-.010	-.388	.324
I21	-.009	.031	-.008	.013	.086	.094	.806
I22	.049	.081	.170	.131	-.055	.709	.184
I23	-.001	.196	.108	-.198	.662	.298	-.030
I24	.800	.160	.373	-.061	-.036	-.019	.009
I27	-.106	.485	.161	.362	.045	.125	-.123
I28	.007	.012	.552	.173	-.051	.313	.273
I30	.162	-.087	.437	.150	.490	-.268	.038
I34	.620	-.109	.038	.248	.313	-.096	-.054
I35	-.019	.771	.161	.057	.116	.003	-.136
I37	.215	.124	.811	.048	.172	.009	-.037
I38	.186	.153	.811	-.031	.032	.036	-.119
I39	.079	.402	-.037	.458	.148	-.320	.364
I41	.052	.590	.033	.077	-.027	.080	-.034
I42	.152	.657	.002	.063	.089	.045	.391
I45	.167	.673	.037	-.053	-.115	-.013	.201

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 10 iteraciones.

La matriz muestra la carga factorial de los ítems en cada uno de los factores extraídos

Factores	Preguntas
Factor 1	1-4-6- 24 y 34
Factor 2	27-35- 41-42 y 45
Factor 3	37 y 38.
Factor 4	14- 15- 20 y 39
Factor 5	9- 23 y 30
Factor 6	3, 22, 28
Factor 7	21

A los factores confirmados, se le han dado la siguiente nominación:

Factor 1: Llamado actitud hacia el riesgo personal de adquirir el virus de la Inmunodeficiencia Humana, explica el 11.92% de la varianza total de la escala y está compuesto por cinco ítems: 1, 4,6, 24 y 34.

Factor 2: Llamado actitud hacia la detección de la infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana, explica el 11.70% de la varianza total de la escala y está compuesto por cinco ítems: 27,35, 41,42 y 45.

Factor 3: Llamado actitud hacia la discriminación de las personas que viven con el virus de la Inmunodeficiencia Humana, explica el 9.38% de la varianza total de la escala y está compuesto por dos ítems: 37 y 38.

Factor 4: Llamado actitud hacia las vías de contagio del virus de la Inmunodeficiencia Humana, explica el 8.24% de la varianza total de la escala y está compuesto por cuatro ítems: 14, 15, 20 y 39.

Factor 5: Llamado actitud hacia las medidas de prevención para evitar la transmisión del virus de la Inmunodeficiencia Humana, explica 6.73% de la varianza total de la escala y está compuesto por tres ítems: 9, 23 y 30.

Factor 6: Llamado actitud hacia el auto cuidado personal para prevenir la transmisión del virus del Sida, explica el 6.20% de la varianza total de la escala y está compuesto por dos ítems: 3, 22 y 28.

Factor 7: Llamado actitud hacia el apoyo social de personas infectadas y /o enfermas de Sida, explica 5.84% de la varianza total de la escala y está constituido por 1 ítems: 21. Dado que este factor confirma un único ítem, se descarta.

Con el análisis de factores se logró una reducción del 51,1% de los ítems de la escala original, esto es de 45 a 22, ítems.

d.- Análisis de la confiabilidad de la escala

De las 45 preguntas de la escala original, se obtuvo un constructo compuesto por 22 ítems válidos, los cuales se presentan ordenados en función de los factores que arrojó el análisis factorial confirmatorio:

F1 Actitud hacia el riesgo personal de adquirir el virus de la Inmunodeficiencia Humana.

- Cualquier persona se puede contagiar con el virus del Sida. (.661)
- El riesgo de adquirir el virus del Sida aumenta o disminuye según nuestras conductas. (.601)
- Es necesario que las mujeres se atrevan a conversar sobre el riesgo de adquirir el virus del Sida con la pareja. (.835)
- Las mujeres deberían saber que el riesgo de infección con el virus del Sida, depende del comportamiento no sólo de ella, sino también de su pareja. (.800)
- Para conocer su condición de salud, las mujeres deberían hacerse el examen que detecta el virus del Sida. (.620)

F2 Actitud hacia la detección de la infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana.

- Me daría vergüenza pedir a mi pareja el uso del condón, por lo que pudiera pensar de mí. (.485)
- Me daría miedo realizarme el examen para detectar el virus del Sida. (.771)
- Me molesta que mantengan en reserva el nombre de las personas que viven con el virus del Sida. (.590)

- Si me contagiara con el virus del Sida no me atrevería a contárselo a mi familia. (.657)
- Si me contagiara con el virus del Sida, no me sometería a tratamiento por lo que pudieran pensar de mí. (.673)

F3 Actitud hacia la discriminación de las personas que viven con el virus de la Inmunodeficiencia Humana

- Estoy convencida que una relación basada en el amor protege contra la infección del virus del Sida. (.552)
- Es lamentable que las personas que viven con el virus del Sida sean discriminadas en sus trabajos. (.811)
- Es injusto que las personas que viven con el virus del Sida reciban un trato discriminatorio. (.811)

F4 Actitud hacia las vías de contagio del virus de la Inmunodeficiencia Humana

- El Sida es una enfermedad que afecta mayoritariamente a personas que usan drogas inyectables. (.730)
- Evito relacionarme con drogadictos, por lo que no tengo riesgo de contagio con el virus del Sida. (.697)
- Sentiría miedo compartir con una persona contagiada con el virus del Sida. (.444)
- Evitaría compartir con una persona infectada con el Virus del Sida, por temor al contagio. (.458)

F5 Actitud hacia las medidas de prevención para evitar la transmisión del virus de la Inmunodeficiencia Humana.

- Conversaría con las mujeres para que se informen de los riesgos de la infección del virus del Sida, antes de embarazarse. (.772)
- Las mujeres que han tenido relaciones sexuales con un sólo hombre en la vida, igual tienen riesgo de infección con el virus del Sida. (.662)
- Les diría a las mujeres que el amor de pareja no basta para sentirse protegida contra la infección de virus del Sida. (.490)

F6 Actitud hacia el auto cuidado personal para prevenir la transmisión del virus de la Inmunodeficiencia Humana

- Prevenir la infección del virus del Sida, es difícil para la mujer. (.518)
- La mejor manera de prevenir la infección por el virus del Sida, es teniendo una única pareja sexual en la vida. (.709)
- Estoy convencida que una relación basada en el amor protege contra la infección del virus del Sida. (.552)

CAPITULO VI: DISCUSION O COMENTARIOS

Cuando se construye una escala conformada por dimensiones y categorías cuya definición fue previa a su aplicación, la validez y la confiabilidad permiten determinar la homogeneidad del constructo y cuan confiable puede ser la escala para medir lo que se desea medir.

Con base a lo anterior, la validez de una escala se refiere a lo que mide y cómo lo mide. Las escalas se diseñan para propósitos concretos y, desde este punto de vista, no existe la escala perfecta para cuantificar un aspecto, por lo tanto, no se puede hablar de validez de una escala en términos generales, mencionando que es alta o baja, sino que se determinará respecto de los objetivos específicos para los cuales fue diseñada. Por otro lado, la confiabilidad de una escala indica la consistencia de los resultados de las mismas personas cuando son evaluadas en diferentes ocasiones. Al ser confiable una medida del grado de consistencia o concordancia, puede expresarse mediante algún coeficiente de correlación. Está relacionada con la estabilidad o constancia, con la coherencia o consistencia interna y precisión de las medidas que se obtienen con el instrumento. Es importante recalcar que cualquier coeficiente de confiabilidad depende tanto de la escala como de la variabilidad de la muestra.

En cualquier tipo de investigación, la validez y la confiabilidad de los instrumentos de recolección de información son fundamentales para la calidad de los resultados obtenidos. Usar una escala como instrumento de recolección de datos necesariamente implica controlar la validez y la confiabilidad. Estas dos condiciones son cruciales porque si las herramientas de recolección usadas fueron defectuosas hay que olvidarse del éxito de la investigación, dado que el tratamiento estadístico no conseguirá la posibilidad de transformar datos de mala calidad en buenos resultados.

En el caso de la escala propuesta , a través de sus dimensiones , categorías e ítems , este análisis estableció , según las cargas factoriales obtenidas , que era necesario desechar ítems que no estaban aportando a la homogeneidad reacomodar algunos que estaban puntuando más alto en relación con otros que pertenecían a

categorías distintas y organizarlos de tal forma que aumentaran la confiabilidad de la escala total , a partir del análisis particular de las dimensiones. Aunado a lo anterior. El reacomodo y extracción de ítems garantizó las correlaciones fueran altas y significativas.

Las pruebas relacionadas con el análisis de factores y el cálculo de los coeficientes de correlación confluyeron en la obtención de un coeficiente de confiabilidad aceptable, lo que permite una buena consistencia interna en cada una de las dimensiones propuestas y de la escala total.

Entre las limitaciones de la investigación destaca el tamaño de la muestra y la metodología para la extracción de la misma, puesto que se invitó a responder el instrumento a mujeres de en edad fértil que recibieron atención en el centro de salud familiar , ya sea consulta de morbilidad, control de salud , retiro de leche , exámenes , atención dental , atención con matrona , programa vida sana , etc., así como también el hecho que las mujeres las cuales accedieron a responder la escala provinieran del único centro de salud familiar dependiente del Servicio de Salud Ñuble.

CAPITULO VII: CONCLUSIONES

La escala validada en esta tesis, servirá para medir las actitudes de las mujeres hacia la infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana en mujeres de edad fértil del sistema público de salud para diferentes objetivos; diagnosticar las actitudes hacia esta infección con el objeto de diseñar intervenciones educativas focalizada, medir impacto de las intervenciones educativas y/o comunicacionales que se implementen y finalmente predecir en qué medida este grupo social estaría en disposición a adoptar conductas preventivas para evitar el contagio con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Destaca el hecho que aún existe creencias, miedos y temores respecto a la infección por el virus del Sida y desconocimiento hacia las conductas de riesgo para adquirir n para adquirir la infección así como respecto a las vías de transmisión y medidas de prevención para evitar el contagio con el virus de la Inmunodeficiencia Humana en las mujeres estudiadas, a pesar de poseer un alto nivel educacional.

CAPITULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud Gobierno de Chile. Guía Clínica AUGE Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA. Santiago de Chile: 12-15(214).
2. ONUSIDA. Informe sobre la Epidemia Mundial del SIDA; 2013.
3. Mujer y SIDA: conceptos sobre el tema. Dr. Carlos del Río CH. www.insp.mx/glams/biblioteca/documents/chapeter2.htm. [Consulta:4 de febrero de 2011]
4. Magazine In Vitro.Sida con Rostro de Mujer en CHILE., 2014; N° 107.
5. El VIH y el SIDA en el embarazo www.nacersano.org/BibliotecaDeSalud/informatiuas/hiv.htm. [Consulta: 10 de julio de 2014]
6. Género elemento central en la lucha contra el SIDA www.unfpa.un.hn/notiunfpa/dic/cap4.htm. [Consulta: 20 de marzo 2010]
7. Oliva D, Saavedra C, Viñas A. Las Mujeres y el VIH/SIDA: ¿Por qué un problema? Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2009; 8 (5): 113-120.
8. Bernal, J. Lukács, I. Actitudes y Conocimientos Sobre el SIDA en Una Maternidad de Santiago de Chile. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología.1989; 54(3): 151-157.
9. Bernal, J. Bonacic, H. Conocimientos y actitudes acerca del SIDA y conducta sexual de escolares y universitarios de las principales ciudades urbanas del país. Revista Chilena de Enfermedades de Transmisión Sexual. 1994; 9 (2): 21-24.
10. Arancibia, P. Bruce, L. Arancibia, M. Conocimientos y actitudes sobre el SIDA en escolares rurales de la séptima región del Maule. Boletín Hospital San Juan de Dios. 1993; 40(2): 106-110.

11. Rugiero, E. Bruna, C. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad y SIDA en adolescentes de Peñalolén. Revista Chilena de Enfermedades de Transmisión Sexual. 1990; 5(4): 137-141.
12. Miller, P. Evaluación del grado de conocimientos y actitudes de una comunidad rural con respecto al SIDA. 1990; 46 (2): 6-9.
13. Castellano, A. Actitud de los profesionales de la salud de las dependencias docente asistenciales de la Pontificia Universidad Católica de Chile frente al SIDA. 1993; Tesis para optar al grado de Magister en Salud Pública con mención en Epidemiología.
14. Instituto de Salud Pública .Boletín. 2013; 3(2).
15. <http://onusida.org.gt/inicio/371-informe-sobre-la-epidemia-mundial-de-sida-2013.html> [Consulta:13de abril 2013]
16. Informe Nacional Evolución VIH/SIDA, Chile 1984 - 2012. Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, diciembre 2013
17. La Nueva Radiografía del VIH en Chile. Diario la Segunda. Santiago de Chile <http://www.litoralpress.cl> [Consulta:30 de agosto de 2015]
18. García-Sánchez I. Diferencias de Género en el VIH /SIDA .Gac. Sanit. 2004; 18(2):47-54.
19. Lillo E. Lizama S. Medel J. y Otros. Diagnóstico de Vaginosis Bacteriana en un consultorio de planificación familiar de la Región Metropolitana Chile. Revista Chilena de Infectología 27 (3): 199-203.
20. Presno M. Castañeda I. Enfoque de Género en Salud. Su importancia y aplicación en la APS. Revista Cubana Medicina Gen Integr 19(3).
21. Comisión Nacional de SIDA, Ministerio de Salud de Chile. Vulnerabilidad frente al SIDA. Documento de trabajo área prevención. 1999.

- 22.** Herrera C y Amparo L. El VIH/SIDA y Las Mujeres en América Latina.
- 23.** Urzúa A, Zúñiga P. Vulnerabilidad al VIH en Mujeres en Riesgo Social. Rev.Saúde Pública. 2008; 42(5):822-9.
- 24.** Ortego M del C, López S y Álvarez M. Las Actitudes Ciencias Psicosociales I. Universidad de Cantabria.(4):1-29
- 25.** Smith, E. Mackie, D. Psicología Social. Panamericana. 1995.
- 26.** Morales, P. Medición de actitudes en psicología y educación. Tercera edición, Universidad Pontificia Comillas Madrid. 2006.
- 27.** Fundamentación de la evaluación de actitudes en la evaluación educacional nacional de 2001. http://fesabid98.florida.uni.es/Comunicaciones/j_ruiz1/j_ruiz.htm[consulta:3 de septiembre de 2014].
- 28.** Echeberria. A. Psicología Social Socio Cognitiva. Madrid: Desclée Brouwer.1991.
- 29.** Alfaro B. Evaluación de conocimientos, actitudes conductas de estudiantes universitarios hacia el cáncer.1998; Tesis para optar al Magister en Salud Pública.
- 30.** Medición de Actitudes Universidad José Carlos Mariátegui Capítulo 9
- 31.** Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales A. Como validar un instrumento de medida de la Salud. Anales Sis. San Navarra. 2011; 34 (1): 1-8
- 32.** García A. Educación y Prevención del SIDA. Anales de Psicología. 2005; 21(1):50-57.
- 33.** García R. Reducir la Vulnerabilidad de las Mujeres ante el VIH/Sida: Campaña mundial, prioridad nacional.2005;(8):54-64.
- 34.** Solórzano E. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA en mujeres que acuden al Hospital Gineco -Obstétrico Isidro Ayora de Quito, 2009.

- 35.** FLACSO-Chile. Estudio de caracterización de los factores de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en mujeres dueñas de casa y trabajadoras de casa particular”, 2005.
- 36.** Villegas N, Ferrer L, Cianelli N, Miner S, Lara L, Peragallo N. Conocimientos y autoeficacia asociados a la prevención del VIH y SIDA en mujeres chilenas. Invest Educ Enferm. 2011; 29 (2): 222 -229.
- 37.** Gobierno de Chile Ministerio de salud 2000. Estudio Nacional de Comportamiento Sexual. Comisión Nacional del SIDA Chile. Agence Nationale de Recherchessur le SIDA, Francia. www.minsal.cl/iniciativas/Conasida/conasida.htm [Consulta: 3 de diciembre de 2012]

ANEXO N° 1

N°

INSTRUMENTO PARA MEDIR LAS ACTITUDES DE LAS MUJERES HACIA LA INFECCION POR EL VIRUS DEL SIDA

I.- ANTECEDENTES GENERALES

Complete en el espacio en blanco o marque con una cruz la alternativa de su respuesta

<p>1.- ¿Cuál es su edad</p> <p>_____</p> <p>2.- ¿Cuál es su religión?</p> <p><input type="checkbox"/> Católica</p> <p><input type="checkbox"/> Evangélica</p> <p><input type="checkbox"/> Testigo de Jehová</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna</p> <p><input type="checkbox"/> Otra: _____</p>	<p>3.- ¿Cuál es su nivel educacional?</p> <p><input type="checkbox"/> Enseñanza básica</p> <p><input type="checkbox"/> Enseñanza Media</p> <p><input type="checkbox"/> Enseñanza universitaria</p> <p><input type="checkbox"/> Enseñanza de postgrado</p> <p>4.- ¿Cuál es su estado civil?</p> <p><input type="checkbox"/> Soltera</p> <p><input type="checkbox"/> Casada</p> <p><input type="checkbox"/> Viuda</p> <p><input type="checkbox"/> Divorciada/Separada</p>	<p>5.- ¿Cuál es su ocupación actualmente?</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajadora de casa particular</p> <p><input type="checkbox"/> Empleada Pública</p> <p><input type="checkbox"/> Comerciante</p> <p><input type="checkbox"/> Temporera</p> <p><input type="checkbox"/> Dueña de Casa</p> <p><input type="checkbox"/> Cesante</p> <p><input type="checkbox"/> Otra: _____</p>
---	---	---

<p>6.- ¿A través de qué medio o medios se ha informado usted respecto sobre el Virus del Sida? (Puede marcar más de uno)</p> <p><input type="checkbox"/> Radio</p> <p><input type="checkbox"/> Televisión</p> <p><input type="checkbox"/> Material escrito (cartillas, volantes , afiches)</p> <p><input type="checkbox"/> Consejería individual</p> <p><input type="checkbox"/> Talleres grupales</p> <p><input type="checkbox"/> Otros _____</p>	<p>7.- ¿Quién o quienes le han informado respecto al Sida? (Puede marcar más de uno)</p> <p><input type="checkbox"/> Hijos/as</p> <p><input type="checkbox"/> Personal de salud</p> <p><input type="checkbox"/> Personal de educación</p> <p><input type="checkbox"/> Amigos</p> <p><input type="checkbox"/> Colegas</p> <p><input type="checkbox"/> Pareja</p> <p><input type="checkbox"/> Otros _____</p>
--	---

<p>8. Tiene pareja actualmente</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>9.- Si tiene pareja , su relación es:</p> <p><input type="checkbox"/> Estable</p> <p><input type="checkbox"/> Ocasional</p>	<p>10.- Utiliza usted el condón o preservativo</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>11.- ¿Con qué frecuencia utiliza el preservativo o condón?</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Ocasionalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p>
---	--	--

II.- PARTE

ESCALA PARA MEDIR LAS ACTITUDES DE LAS MUJERES HACIA EL RIESGO DE LA INFECCION POR VIH/SIDA.

A continuación usted encontrará 45 afirmaciones con 5 alternativas de respuestas, marque con una cruz (X) en el recuadro correspondiente la opción que más representa su opinión.

AFIRMACIONES	Totalmente de acuerdo (5)	Algo de Acuerdo (4)	No estoy Segura (3)	Algo en Desacuerdo (2)	Totalmente en Desacuerdo (1)
1. Cualquier persona se puede contagiar con el virus del Sida.					
2. Me preocupa contagiarme con el virus del Sida.					
3. Prevenir la infección del virus del Sida, es difícil para la mujer.					
4. El riesgo de adquirir el virus del Sida aumenta o disminuye según nuestras conductas.					
5. Me preocupa que las mujeres no asuman el riesgo de contagio con el virus del Sida.					
6. Es necesario que las mujeres, se atrevan a conversar sobre el riesgo de adquirir el virus del Sida con la pareja.					

AFIRMACIONES	Totalmente de acuerdo (5)	Algo de Acuerdo (4)	No estoy Segura (3)	Algo en Desacuerdo (2)	Totalmente en Desacuerdo (1)
7. En nuestro país, la infección por el virus del Sida ha dejado de ser un riesgo, para que las mujeres se embaracen					
8. Rechazo que las mujeres que se embaracen conociendo su condición de portadora del virus del Sida.					
9. Conversaría con las mujeres para que se informen de los riesgos de la infección del Virus del Sida, antes de embarazarse.					
10. La transmisión del virus del Sida de madre a hijo/a es poco frecuente en nuestro país.					
11. Es lamentable que las mujeres, no se preocupen de evitar la transmisión del virus del Sida a su futuro hijo/a.					
12. Si de mí dependiera prohibiría a las mujeres que viven con el virus del Sida, amamantar a su hijo/a con leche materna.					

AFIRMACIONES	Totalmente de acuerdo (5)	Algo de Acuerdo (4)	No estoy Segura (3)	Algo en Desacuerdo (2)	Totalmente en Desacuerdo (1)
13. Las personas que comparten drogas inyectables son las más expuestas al contagio con el virus del Sida.					
14. El Sida es una enfermedad que afecta mayoritariamente a personas que usan drogas inyectables.					
15. Evito relacionarme con drogadictos por lo que no tengo riesgo de contagio con el virus del Sida.					
16. La principal vía de transmisión del virus del Sida en Chile, es a través de las relaciones sexuales.					
17. Me gustaría que las mujeres asumieran mayor protagonismo en el control de la infección del virus del Sida					
18. Evito las relaciones sexuales sin condón, por el riesgo de contagio con el virus del Sida.					
19. Es imposible que el virus del Sida se transmita al convivir con personas infectadas o					

AFIRMACIONES	Totalmente de acuerdo (5)	Algo de Acuerdo (4)	No estoy Segura (3)	Algo en Desacuerdo (2)	Totalmente en Desacuerdo (1)
enfermas.					
20. Sentiría miedo compartir con una persona contagiada con el virus del Sida.					
21. Acogería en mi casa a un familiar contagiado con el virus del Sida.					
22. La mejor manera de prevenir la infección por el virus del Sida, es teniendo una única pareja sexual en la vida.					
23. Las mujeres que han tenido relaciones sexuales con un sólo hombre en su vida, igual tienen riesgo de infección con el virus del Sida.					
24. Las mujeres deberían saber que el riesgo de infección con el virus del Sida, depende del comportamiento no solo de ella, sino también de su pareja.					
25. Para prevenir el contagio con el virus del Sida, es necesario usar correctamente el condón en cada relación sexual.					
26. Me desagrada el uso del condón, porque quita lo					

AFIRMACIONES	Totalmente de acuerdo (5)	Algo de Acuerdo (4)	No estoy Segura (3)	Algo en Desacuerdo (2)	Totalmente en Desacuerdo (1)
romántico de la relación.					
27. Me daría vergüenza pedir a mi pareja el uso del condón, por lo que pudiera pensar de mí.					
28. Estoy convencida que una relación basada en el amor protege contra la infección del virus Sida.					
29. Tener pareja estable, evita el riesgo de contagio con el virus del Sida.					
30. Les diría a las mujeres que el amor de pareja no basta para sentirse protegida contra la infección del virus del Sida.					
31. El Sida es una enfermedad que se puede prevenir, siendo fiel a la pareja.					
32. La fidelidad ayuda a prevenir la infección por el virus del Sida					
33. Recomendaría a las parejas ser mutuamente fieles, para evitar el contagio con el virus del Sida					
34. Para conocer su condición de salud, las mujeres					

AFIRMACIONES	Totalmente de acuerdo (5)	Algo de Acuerdo (4)	No estoy Segura (3)	Algo en Desacuerdo (2)	Totalmente en Desacuerdo (1)
deberían hacerse el examen para detectar el virus del Sida.					
35. Me daría miedo realizarme el examen para detectar el virus del Sida.					
36. Estaría dispuesta a realizarme el examen del Sida, para saber si estoy o no contagiada.					
37. Es lamentable que las personas que viven con el virus del Sida sean discriminadas en sus trabajos.					
38. Es injusto que las personas que viven con el virus del Sida reciban un trato discriminatorio.					
39. Evitaría compartir con una persona infectada con el Virus del Sida, por temor al contagio.					
40. Es positivo que el personal de salud mantenga en reserva la condición de los pacientes que viven con el virus del Sida.					

AFIRMACIONES	Totalmente de acuerdo (5)	Algo de Acuerdo (4)	No estoy Segura (3)	Algo en Desacuerdo (2)	Totalmente en Desacuerdo (1)
41. Me molesta que mantengan en reserva el nombre de las personas que viven con el virus del Sida.					
42. Si me contagiara el virus del Sida no me atrevería a contárselo a mi familia.					
43. Actualmente el Sida, es una enfermedad que se puede tratar con medicamentos.					
44. Me siento tranquila porque en caso de contagiarme con el virus del Sida, tendría garantizado el tratamiento en el plan AUGE.					
45. Si me contagiara con el virus del Sida no me sometería a tratamiento, por lo que pudiera pensar de mí.					

Muchas Gracias por su Colaboración

ANEXO N° 2

Validación de la Escala para Medir las Actitudes de las Mujeres hacia la infección por el Virus del Sida.

DIMENSIONES	ITEM	CRITEROS A EVALUAR						OBSERVACIONES (SI DEBE ELIMINARSE O MODIFICARSE UN ITEM POR FAVOR INDIQUE)
		Claridad en la redacción		Leguaje Adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende		
		Si	No	Si	No	Si	No	
Actitud hacia el riesgo de contagio	1. Cualquier persona se puede contagiar con el virus del Sida.							
	2. Me preocupa contagiarme con el virus del Sida.							
	3. Prevenir la infección del virus del Sida es difícil para la mujer.							
	4. El riesgo de adquirir el virus del Sida aumenta o disminuye según nuestras conductas.							
	5. Me preocupa que las mujeres no asuman el riesgo de contagio con el virus del Sida.							
	6. Es necesario que las mujeres se atrevan a conversar sobre el riesgo de adquirir el virus							

	del Sida con la pareja.							
Actitud hacia las vías de transmisión	7. En nuestro país, la infección por el virus del Sida ha dejado de ser un riesgo, para que las mujeres se embaracen.							
	8. Rechazo que las mujeres que se embarazan conociendo su condición de portadora del virus del Sida.							
	9. Conversaría con las mujeres, para que se informen de los riesgos de la infección del virus del sida, antes de embarazarse.							
	10. La transmisión del virus del Sida de madre a hijo/a es poco frecuente en nuestro país.							
	11. Es lamentable que las mujeres que han adquirido el virus del sida, no se preocupen de evitar la transmisión a su futuro hijo/a.							
	12. Si de mí dependiera prohibiría a las mujeres que viven con el virus del sida, amamantar a su hijo/a con leche materna.							
	13. Las personas que comparten drogas inyectables son las más expuestas al contagio con el virus del Sida.							
	14. El Sida es una enfermedad							

	de las personas que usan drogas inyectables.							
	15. Evito relacionarme con drogadictos por lo que no tengo riesgo de contagio con el virus del Sida.							
	16. La principal vía de transmisión del virus del Sida en Chile, es a través de las relaciones sexuales.							
	17. Me gustaría que las mujeres asumieran mayor protagonismo en el control de la infección del virus del Sida.							
	18. Evito las relaciones sexuales sin condón, por el contagio con el virus del Sida.							
	19. Es imposible que el virus del Sida se transmite al convivir con personas infectadas o enfermas.							
	20. Sentiría miedo compartir con una persona contagiada con el virus del Sida.							
	21. Acogería en mi casa a un familiar contagiado con el virus del Sida.							
Actitud Hacia las medidas de Prevención	22. La mejor manera de prevenir la infección con el virus del sida, es teniendo una única pareja sexual en la vida.							

	23. Las mujeres que han tenido relaciones sexuales con un solo hombre en la vida, igual tienen riesgo de infección con el virus del Sida.							
	24. Las mujeres deberían saber que el riesgo de infección con el virus del Sida depende del comportamiento no solo de ella, sino también de su pareja.							
	25. Para prevenir el contagio con el virus del Sida es necesario el uso correcto del condón en cada relación sexual.							
	26. Me desagrada el uso del condón, porque quita lo romántico de la relación.							
	27. Me daría vergüenza pedir a mi pareja el uso del condón, por lo que pueda pensar de mí.							
	28. Estoy convencida que una relación basada en el amor protege contra la infección del virus Sida.							
	29. Tener pareja estable, evita el riesgo de contagio con el virus del Sida.							
	30. Les diría a las mujeres que el amor de pareja no basta para sentirse protegida contra la infección con el virus del Sida.							

	31. El Sida es una enfermedad que se puede prevenir siendo fiel a la pareja						
	32. La fidelidad ayuda a prevenir la infección por el virus del Sida						
	33. Recomendaría a las parejas a ser mutuamente fieles, para evitar el contagio con el virus del Sida.						
Actitud hacia la detección oportuna	34. Para conocer su condición de salud, las mujeres deberían hacerse el examen, para detectar el virus del Sida.						
	35. Me daría miedo a realizarme el examen para detectar el virus del Sida.						
	36. Estaría dispuesta a realizarme el examen del Sida, para saber si estoy o no contagiada.						
Actitud hacia el apoyo social	37. Es lamentable que las personas que viven con el virus del Sida sean discriminadas en sus trabajos.						
	38. Es injusto que las personas que viven con el virus del Sida reciban un trato discriminatorio.						
	39. Evitaría convivir con una persona contagiada con el Virus						

	del Sida, por temor al contagio.							
Actitud hacia la confidencialidad del diagnóstico	40. Es positivo que el personal de salud mantenga en reserva la condición de los pacientes que viven con el virus del sida.							
	41. Me molesta que mantengan en reserva el nombre de las personas que viven con el virus del Sida.							
	42. Si me contagiara el virus del Sida no me atrevería a contárselo a mi familia.							
Actitud hacia Tratamiento de la infección por VIH/SIDA	43. Actualmente el Sida, es una enfermedad que se puede tratar con medicamentos.							
	44. Me siento tranquila porque en caso de contagiarme con el virus del Sida, tendría garantizado el tratamiento en el AUGE.							
	45. Si me contagiara con el virus del Sida no me sometería a tratamiento, por lo que pudieran pensar de mí.							
Aspectos Generales						Si	No	***** **
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación								
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial								
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta sugiera los ítems a añadir.								

VALIDEZ		
Aplicable	No aplicable	
Aplicable atendiendo a las observaciones		
Validado por	RUT	Fecha
Firma	Teléfono	e-mail

ANEXO N°3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACION

VALIDACION DE UN INSTRUMENTO PARA MEDIR LAS ACTITUDES DE LAS MUJERES HACIA LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL SIDA

Estimada participante, me presento, me llamo Araceli Herrera del Despósito, soy profesional del Servicio de Salud Ñuble me encuentro realizando una Tesis para obtener el grado de Magister en Salud Pública, postgrado impartido por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

El protocolo de investigación, tiene como objetivo Validar un instrumento para medir las actitudes de las mujeres hacia la infección por el virus del Sida, lo cual permitirá verificar si el instrumento que usted responderá mide lo que pretende medir, es decir si está bien diseñado y es pertinente al grupo de mujeres que se atiende en este Centro de Salud Familiar.

Usted ha sido elegida para participar en este estudio. Sin embargo, se encuentra en plena libertad para aceptar o rechazar voluntariamente si desea o no participar. Su decisión de participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le atienden en este Centro de Salud.

Si usted accede a participar, su colaboración consistirá en responder un instrumento de medición de actitudes que consta de 45 afirmaciones tanto positivas como negativas, las cuales deberá contestar indicando su grado acuerdo o en desacuerdo con afirmaciones que se presentan en el instrumento. Contestar estas preguntas le tomará aproximadamente unos 15 minutos de su tiempo.

Al formar parte en este estudio, usted puede estar expuesta a la incomodidad al contestar preguntas sensibles, Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incomoda, tiene el derecho a no responderla.

Si bien usted no se beneficiará directamente por participar en este estudio, usted colaborará con la profesional que está llevando a cabo esta investigación.

Con la validación de este instrumento , podremos saber más respecto a lo que piensan , sienten y estarían dispuestas a hacer las mujeres beneficiarias del sistema público de salud de la atención primaria, en relación a la infección por el virus del Sida y de este modo la sociedad en general se beneficiará también de este conocimiento.

La participación en este estudio no conlleva costo para usted, ya que se le invitará a participar mientras espera atención en el Centro de Salud.

La participación en este estudio es completamente anónima y la profesional responsable de la tesis mantendrá su confidencialidad en todos los documentos. Los instrumentos serán foliados con un número y no llevarán nombre de la persona que responde el instrumento de medición, se custodiarán en un lugar con llave que maneja solamente la investigadora y serán destruidos una vez vaciada y procesada la información al programa estadístico para su análisis.

Los resultados del estudio, servirán para fines académicos y eventualmente para publicaciones científicas.

ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo

.....
acepto participar voluntaria y anónimamente en el Protocolo de InvestigaciónValidación de un Instrumento para Medir las Actitudes de las Mujeres hacia la Infección por el virus de Sida en el Centro de Salud Familiar Violeta Parra , que está desarrollando la Sra. Araceli Herrera del Depósito, profesional del Servicio de Salud Ñuble quien está desarrollando su tesis del Programa de Magister en Salud Pública, dictado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile , dirigido por la Dra. Beatriz Marincovich Lizama.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación. En relación a ello, acepto responder, un instrumento de medición de actitudes sobre la infección hacia el VIH/SIDA.

Declaro haber sido informado/a que mi participación no involucra ningún daño o peligro para mi salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será confidencial y anónima. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de cada mujer en de modo personal. La información que se obtenga será guardada por el investigador responsable en su casa habitación y será utilizada sólo para este estudio. Este documento se firma en duplicado, quedando uno en poder de cada participante.

Nombre Participante

Firma

Fecha

**ARACELI HERRERA
DEL DESPOSITO**

**Nombre del Investigador
Responsable**

Firma

Fecha

NANCY JARA JARA

**Nombre Directora Cesfam
Violeta Parra**

Firma

Fecha

Cualquier pregunta que desee hacer durante el proceso de investigación podrá contactar a la Sra. Araceli Herrera del Despósito fono: 42-2587333, celular: 97031864, correo electrónico: arachillan@gmail.com, dirección particular calle San Carlos 1844 Barrio Toledo, Chillán. Si Ud. siente que en este estudio se han vulnerado sus derechos podrá contactarse con la siguiente persona: **Dr. Carlos Escudero Orozco**, Presidente del Comité Ético Científico del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, fono 42-2587431, correo electrónico cescudero@ubiobio.cl o concurrir personalmente a calle Francisco Ramírez N°10, Chillán, 1°Piso, en horario de 08:00 a 13:00 horas.

ANEXO N°4

INSTRUMENTO VALIDADO PARA MEDIR LAS ACTITUDES DE LAS MUJERES HACIA LA INFECCION POR EL VIRUS DEL SIDA

I.- ANTECEDENTES GENERALES

Complete en el espacio en blanco o marque con una cruz la alternativa de su respuesta

<p>1.- ¿Cuál es su edad _____</p> <p>2.- ¿Cuál es su religión?</p> <p><input type="checkbox"/> Católica</p> <p><input type="checkbox"/> Evangélica</p> <p><input type="checkbox"/> Testigo de Jehová</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna</p> <p><input type="checkbox"/> Otra:_____</p>	<p>3.- ¿Cuál es su nivel educativo?</p> <p><input type="checkbox"/> Enseñanza básica</p> <p><input type="checkbox"/> Enseñanza Media</p> <p><input type="checkbox"/> Enseñanza Técnica/Profesional</p> <p><input type="checkbox"/> Enseñanza Universitaria</p> <p><input type="checkbox"/> Enseñanza de postgrado</p> <p>4.- ¿Cuál es su estado civil?</p> <p><input type="checkbox"/> Soltera</p> <p><input type="checkbox"/> Casada</p> <p><input type="checkbox"/> Viuda</p> <p><input type="checkbox"/> Divorciada/Separada</p>	<p>5.- ¿Cuál es su ocupación actualmente?</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajadora de casa particular</p> <p><input type="checkbox"/> Empleada Pública</p> <p><input type="checkbox"/> Comerciante</p> <p><input type="checkbox"/> Temporera</p> <p><input type="checkbox"/> Dueña de Casa</p> <p><input type="checkbox"/> Cesante</p> <p><input type="checkbox"/> Estudiante</p> <p><input type="checkbox"/> Otra:_____</p>
---	---	---

<p>6.- ¿A través de qué medio o medios se ha informado usted respecto sobre el Virus del Sida? (Puede marcar más de uno)</p> <p><input type="checkbox"/> Radio</p> <p><input type="checkbox"/> Televisión</p> <p><input type="checkbox"/> Material escrito (cartillas, volantes , afiches)</p> <p><input type="checkbox"/> Consejería individual</p> <p><input type="checkbox"/> Talleres grupales</p> <p><input type="checkbox"/> Internet</p> <p><input type="checkbox"/> Otros _____</p>	<p>7.- ¿Quién o quienes le han informado respecto al Sida? (Puede marcar más de uno)</p> <p><input type="checkbox"/> Hijos/as</p> <p><input type="checkbox"/> Personal de salud</p> <p><input type="checkbox"/> Personal de educación</p> <p><input type="checkbox"/> Amigos</p> <p><input type="checkbox"/> Colegas</p> <p><input type="checkbox"/> Pareja</p> <p><input type="checkbox"/> Otros _____</p>
---	---

<p>8.- Tiene pareja actualmente</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>9.- Si tiene pareja , su relación es:</p> <p><input type="checkbox"/> Estable</p> <p><input type="checkbox"/> Ocasional</p>	<p>10.- Utiliza usted el condón o preservativo</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>11.- ¿Con qué frecuencia utiliza el preservativo o condón?</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Ocasionalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p>
--	--	--

II.- PARTE

ESCALA PARA MEDIR LAS ACTITUDES DE LAS MUJERES HACIA EL RIESGO DE LA INFECCION POR VIH/SIDA.

A continuación usted encontrará 45 afirmaciones con 5 alternativas de respuestas, marque con una cruz (X) en el recuadro correspondiente la opción que más representa su opinión

AFIRMACIONES	Totalmente de acuerdo (5)	Algo de Acuerdo (4)	No estoy Segura (3)	Algo en Desacuerdo (2)	Totalmente en Desacuerdo (1)
1. Cualquier persona se puede contagiar con el virus del Sida.					
2. Prevenir la infección del virus del Sida, es difícil para la mujer.					
3. El riesgo de adquirir el virus del Sida aumenta o disminuye según nuestras conductas					
4. Es necesario que las mujeres, se atrevan a conversar sobre el riesgo de adquirir el virus del Sida con la pareja.					
5. Conversaría con las mujeres para que se informen de los riesgos de la infección del Virus del Sida, antes de embarazarse.					

AFIRMACIONES	Totalmente de acuerdo (5)	Algo de Acuerdo (4)	No estoy Segura (3)	Algo en Desacuerdo (2)	Totalmente en Desacuerdo (1)
6. El Sida es una enfermedad que afecta mayoritariamente a personas que usan drogas inyectables.					
7. Evito relacionarme con drogadictos por lo que no tengo riesgo de contagio con el virus del Sida.					
8. Sentiría miedo compartir con una persona contagiada con el virus del Sida.					
9. La mejor manera de prevenir la infección por el virus del Sida, es teniendo una única pareja sexual en la vida.					
10. Las mujeres que han tenido relaciones sexuales con un sólo hombre en su vida, igual tienen riesgo de infección con el virus del Sida.					
11. Las mujeres deberían saber que el riesgo de infección con el virus del Sida, depende del comportamiento no solo de ella, sino también de su pareja.					
12. Me daría vergüenza pedir a mi pareja el uso del condón,					

AFIRMACIONES	Totalmente de acuerdo (5)	Algo de Acuerdo (4)	No estoy Segura (3)	Algo en Desacuerdo (2)	Totalmente en Desacuerdo (1)
por lo que pudiera pensar de mí.					
13. Estoy convencida que una relación basada en el amor protege contra la infección del virus Sida.					
14. Les diría a las mujeres que el amor de pareja no basta para sentirse protegida contra la infección del virus del Sida.					
15. Para conocer su condición de salud, las mujeres deberían hacerse el examen que detecta el virus del Sida.					
16. Me daría miedo realizarme el examen para detectar el virus del Sida.					
17. Es lamentable que las personas que viven con el virus del Sida sean discriminadas en sus trabajos.					
18. Es injusto que las personas que viven con el virus del Sida reciban un trato discriminatorio.					
19. Evitaría compartir con una persona infectada con el Virus del Sida, por temor al					

AFIRMACIONES	Totalmente de acuerdo (5)	Algo de Acuerdo (4)	No estoy Segura (3)	Algo en Desacuerdo (2)	Totalmente en Desacuerdo (1)
contagio.					
20. Me molesta que mantengan en reserva el nombre de las personas que viven con el virus del Sida.					
21. Si me contagiara el virus del Sida no me atrevería a contárselo a mi familia.					
22. Si me contagiara con el virus del Sida no me sometería a tratamiento, por lo que pudiera pensar de mí.					

Muchas Gracias por su Colaboración