

**Actitudes hacia el VIH/SIDA, el cáncer y la enfermedad de Alzheimer**

**María Paula Calle Nassiff**

**Jenny Fernanda Vargas Jiménez**

**Ximena Palacios Espinosa**

**Directora**

**Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario**

Universidad del Rosario  
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud  
Programa de Psicología

Acta de Aprobación del trabajo de grado

Los aquí firmantes certificamos que el trabajo de grado elaborado por

Jenny Fernanda Vargas Jiménez y

María Paula Calle Nassiff

Titulado: Actitudes hacia el VIH/SIDA, el cáncer y la enfermedad de Alzheimer

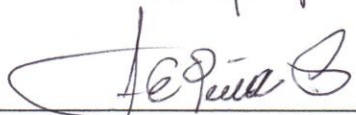
Cumple con los estándares de calidad exigidos por el programa de psicología para la aprobación del mismo.

Esta acta se firma a los 10 días del mes de diciembre del 2015

Comité de trabajo de grado:

  
Firma del Director

10/12/2015  
Fecha

  
Firma del Coordinador de T.G.

10/12/2015.  
Fecha

### **Reconocimientos**

La realización de esta revisión de la literatura fue posible, en primer lugar, gracias a la dirección y apoyo constante brindado por la Dra. Ximena Palacios profesora titular del programa de Psicología de la Universidad del Rosario, quien en su desempeño como Directora del trabajo de grado “Actitudes hacia el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer”, aportó sus conocimientos y organización de la información para la presentación del actual trabajo. De igual forma, se agradece al comité de aprobación y en especial al Dr. Telmo Eduardo Peña Correal por sus aportes técnicos y correcciones pertinentes para la elaboración del trabajo. Asimismo, se agradece a la Dra. Lady Grey Javela Delgado por su aporte a las bases teóricas para el desarrollo de la presente monografía.

Finalmente, se agradece a todas aquellas personas que en forma directa o indirecta contribuyeron a que este trabajo de revisión de la literatura pudiera llevarse a cabo. Por último un agradecimiento profundo a nuestras familias y amigos por su constante paciencia y apoyo.

**Tabla de Contenido.**

|                                                                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Página de presentación.....                                                                                                  | 1  |
| Página de aprobación.....                                                                                                    | 2  |
| Página de reconocimientos.....                                                                                               | 3  |
| Tabla de contenido.....                                                                                                      | 4  |
| Lista de figuras.....                                                                                                        | 6  |
| Lista de tablas.....                                                                                                         | 7  |
| Resumen.....                                                                                                                 | 8  |
| Abstract.....                                                                                                                | 9  |
| Introducción.....                                                                                                            | 10 |
| Objetivos.....                                                                                                               | 16 |
| Justificación.....                                                                                                           | 17 |
| Método.....                                                                                                                  | 23 |
| Resultados.....                                                                                                              | 25 |
| Componente cognoscitivo.....                                                                                                 | 25 |
| Componente afectivo.....                                                                                                     | 45 |
| Componente conductual.....                                                                                                   | 51 |
| Asociación entre componentes.....                                                                                            | 55 |
| Tendencias predominantes en el tipo de investigación sobre las actitudes hacia el<br>VIH/SIDA; el cáncer y el Alzheimer..... | 64 |
| Discusión y Conclusiones.....                                                                                                | 67 |
| Referencias.....                                                                                                             | 78 |

*Lista de Figuras.*

Figura 1.Tipo de investigación para el estudio de las actitudes hacia el VIH/SIDA, el  
cáncer y el Alzheimer.....65

**Lista de Tablas**

|                                                                                                                                                                                            |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 1. Elementos de las actitudes desde el modelo tripartito.....                                                                                                                        | 15 |
| Tabla 2. Revisión de Artículos.....                                                                                                                                                        | 24 |
| Tabla 3. Antecedentes y aspectos sociodemográficos asociados con las creencias y conocimientos (componente cognoscitivo de las actitudes) sobre el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer..... | 28 |
| Tabla 4. Conocimientos sobre el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer.....                                                                                                                    | 30 |
| Tabla 5. Creencias sobre el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer.....                                                                                                                        | 31 |
| Tabla 6. Creencias sobre la transmisión del VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer.....                                                                                                        | 37 |
| Tabla 7. Creencias sobre las causas del VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer.....                                                                                                            | 39 |
| Tabla 8. Creencias sobre el curso del VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer.....                                                                                                              | 40 |
| Tabla 9. Creencias sobre la prevención y tratamiento del VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer.....                                                                                           | 41 |
| Tabla 10. Antecedentes y aspectos sociodemográficos asociados al componente afectivo de las actitudes para el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer.....                                      | 46 |
| Tabla 11. Emociones y sentimientos hacia el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer.....                                                                                                        | 49 |
| Tabla 12. Antecedentes y aspectos sociodemográficos asociados al componente conductual de las actitudes para el VIH/SIDA y el cáncer.....                                                  | 52 |
| Tabla 13. Intenciones conductuales y conductas hacia el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer.....                                                                                            | 55 |
| Tabla 14. Asociación entre los componentes, afectivo y cognitivo hacia el VIH/SIDA el cáncer y el Alzheimer.....                                                                           | 57 |

|                                                                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 15. Asociación entre el componente cognoscitivo y la conducta hacia el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer.....                | 59 |
| Tabla 16. Asociación entre los componentes, afectivo y el componente conductual hacia el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer.....    | 60 |
| Tabla 17. Tendencias predominantes en el tipo de investigación sobre las actitudes hacia el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer..... | 66 |

### **Resumen**

Esta revisión de la literatura tuvo como objetivo describir las actitudes hacia el VIH/SIDA, el cáncer y la Enfermedad de Alzheimer desde el modelo tripartito. Se revisaron 109 artículos publicados entre 2005 y 2015 en algunas bases de datos especializadas y herramientas de análisis de impacto. También se incluyeron fuentes secundarias ampliándose la búsqueda a los últimos 20 años (1995-2015). Los resultados mostraron que la mayoría de los estudios realizados sobre las actitudes hacia estas tres enfermedades son de tipo cuantitativo y la información se analizó con base en los componentes del modelo tripartito. Algunos aspectos sociodemográficos como el sexo y la edad están asociados con las actitudes hacia las tres enfermedades y predominan las creencias erróneas sobre ellas respecto a sus causas, curso y tratamiento. También predominan actitudes negativas hacia las tres enfermedades y las conductas e intenciones conductuales son diversas hacia cada una de ellas. No se hallaron antecedentes empíricos del estudio de la estructura de las actitudes propuesta por el modelo tripartito hacia las tres enfermedades. La Salud Pública ha liderado la investigación con base en el modelo de conocimientos, actitudes y prácticas propuesto por la OMS.

**Palabras clave:** Actitudes, conocimientos, creencias, emociones, conductas, VIH/SIDA, cáncer y enfermedad de Alzheimer.



### **Abstract**

This literature review aimed to describe attitudes towards HIV / AIDS, cancer and Alzheimer's disease from the tripartite model. 109 articles published between 2005 and 2015 in some specialized databases and tools for impact analysis were reviewed. Secondary sources were also included to expand the search to the last 20 years (1995-2015). The results showed that most of the studies on attitudes towards these three diseases are quantitative and analyzed information is based on components of the tripartite model. Some socio-demographic aspects such as gender and age are associated with the three diseases attitudes and misconceptions prevail over them regarding their causes, course and treatment. Also prevalent negative attitudes towards the three diseases and behavioral intentions and behaviors are different to each of them. No empirical data of the study of the structure of attitudes proposed by the tripartite model to the three diseases were found. Public Health has led the investigation based on the model of knowledge, attitudes and practices proposed by WHO.

**Key Words:** Attitudes, knowledge, beliefs, emotions, behavior, HIV/AIDS, cancer and Alzheimer's disease

### **Introducción**

Toda enfermedad puede entenderse desde una perspectiva biopsicosocial, en tanto intervienen en ella aspectos de tipo médico, psicológico y sociocultural. En consideración a esta idea, se puede destacar el rol, no solo de los conocimientos médicos y científicos respecto a las distintas etiologías y comportamiento epidemiológico, sino también el papel de distintos factores psicológicos, como las actitudes, implicados en la concepción de cualquier patología.

Así pues, enfermedades como el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer, a pesar de tener un origen y curso clínico diferente, comparten en la actualidad la característica de ser clasificadas como enfermedades crónicas, por lo cual han representado un tema de estudio centrado en las perspectivas médicas por el impacto que han generado, por ejemplo en altos costos, altas tasas de morbilidad, etc.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015c) en 2008, 36 millones de personas, es decir aproximadamente el 63% de todos los decesos fueron causados por enfermedades crónicas, lo cual pone en evidencia la alta incidencia de las mismas y ha conllevado a que esta Organización se plantee como meta para el año 2025, reducir en un 25% las tasas de mortalidad por estas enfermedades, dentro de las cuales seguramente las tres mencionadas harán parte de la lista.

El comportamiento epidemiológico y el alto impacto que el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer generan en la calidad de vida de los pacientes y de sus cuidadores, ha generado un amplio interés por su estudio e intervención interdisciplinaria, lo cual aumenta las posibilidades de que se incluyan los aportes psicológicos como parte del proceso de desarrollo de cada una de estas. Aún más si se considera que la construcción

del significado de cada enfermedad está vinculada con diversas comprensiones sociales que pueden ser analizadas a través de la Psicología; es el caso de las atribuciones, estigma, prejuicios, estereotipos y actitudes hacia la enfermedad.

En concordancia con lo mencionado, este trabajo busca, a través de una revisión sistemática de la literatura, describir las actitudes hacia el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer en mayor detalle, identificando los tres componentes estructurales (cognoscitivo, afectivo y conductual) que se describirán más adelante.

Varios estudios han demostrado la presencia de creencias hacia estas enfermedades. Por ejemplo, con respecto al VIH se han establecido creencias asociadas con los roles de género y por lo tanto con la forma de contraer la enfermedad generando así actitudes negativas (Ministerio de Sanidad de España, s.f). De igual forma, se cree que el Alzheimer puede generar que la persona se considere inútil y como consecuencia se tenga una actitud negativa hacia esta enfermedad por la incapacidad para ser independiente y funcional en la sociedad suscitando una conducta de aislamiento (Giró Miranda, 2004); sin embargo, es escasa la información sobre las actitudes hacia el Alzheimer, por lo que esta revisión adquiere aún mayor relevancia. Por otra parte, el cáncer está ligado a creencias negativas relacionadas con el desenlace de la enfermedad, pues se cree que prácticamente siempre es mortal.

Con base en lo anterior, esta revisión pretende hacer una descripción de la situación actual del conocimiento sobre las actitudes hacia el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer. Si bien no se pretende hacer un análisis comparativo, se espera poner en evidencia las diferencias que emerjan de esta descripción inicial.

Las actitudes han sido abordadas desde diferentes perspectivas teóricas. A través de este trabajo se pretende hacer una descripción de las actitudes con base en el modelo tripartito.

También en la Psicología, las actitudes han despertado el interés de distintos autores y se han propuesto diferentes modelos teóricos para explicarlas.

Gordon Allport, recopiló más de 90 definiciones (Rodrigues, Assmar, & Jablonski, 2004), y propuso que la actitud se definiera como un estado mental organizado a través de las experiencias, que ejerce una influencia directa o dinámica sobre la conducta del individuo hacia un objeto o situación en particular (Murchison, 1935). Esta primera conceptualización psicológica del significado de actitudes, ha sido redefinida por distintos autores a lo largo de los años, sin embargo los aportes que Allport hizo al concepto, todavía siguen brindando herramientas a través de las cuales dar cuenta del estudio de las actitudes.

Posteriormente, McGuire (1985) quien se refirió a las actitudes como los sentimientos hacia las cosas, situaciones o personas en particular (Lindzey & Aronson, 1985). Adicionalmente, Kassin, Fein, y Markus (2010) propusieron que actitud se refiere a las “reacciones positivas y negativas ante diversas personas, objetos e ideas (...) evaluaciones positivas, negativas o mixtas que hacemos respecto de algún objeto y que expresamos con un nivel de intensidad determinado” (p. 181).

Para Eagly y Chaiken (1993) las actitudes son tendencias psicológicas que se manifiestan al evaluarse positiva o negativamente a un objeto en particular. Y en congruencia, para Ovejero (2010) son “predisposiciones aprendidas a responder de

manera consistentemente favorable o desfavorable respecto a un objeto dado (objeto físico, personas, grupos, etc.)” (p. 192).

Así pues, a través de las diferentes perspectivas que se han propuesto sobre el concepto de actitud, se podrían identificar cuatro elementos que caracterizan su definición: “(a) son una organización duradera y general de creencias y cogniciones, (b) tienen una carga afectiva a favor o en contra, (c) una predisposición a la acción y (d) se dirigen a un objeto social” (Rodrigues et al., 2004, p. 86).

Para efectos de este trabajo, actitudes se entenderá como “una organización de creencias y cogniciones en general duraderas, dotadas de cargas afectivas a favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto” (Rodrigues et al., 2004, p. 86).

La producción de teorías e investigación sobre las actitudes se ha generado a través de cinco áreas: (a) funciones, (b) formación, (c) relación entre actitudes y comportamiento, (d) cambio de actitudes y (e) estructura (Reicher, 1995). Esta última es la base del modelo tripartito, según el cual, “las actitudes consisten en elementos afectivos (sentimientos, emociones), cognoscitivos (creencias, asociaciones percibidas entre el objeto actitudinal y sus atributos) y comportamentales (intenciones comportamentales o comportamientos efectivos)” (García & D’Adamo, 2002, p. 288) (ver Tabla 1).

En cuanto al elemento afectivo de las actitudes, permite dar cuenta de los sentimientos a favor o en contra de un objeto determinado (Rodrigues et al., 2004) y en este sentido, el contenido de este componente podría conocerse a través de las expresiones verbales indicativas de afecto, teniendo en cuenta ciertos grados de expresión de este

elemento, que podrían ir desde lo positivo a lo negativo o por medio de la manifestación de una actitud mínima, media o máxima hacia un objeto actitudinal (Dihigo, 2008).

El elemento cognoscitivo de las actitudes, incluye los componentes informativos y representativos de un objeto determinado (Rodrigues et al., 2004). Por lo tanto, para que se pueda dar cuenta de la carga afectiva hacia el objeto, parece necesario que exista una representación cognoscitiva del objeto actitudinal, teniendo en cuenta que las creencias y demás componentes cognoscitivos como el conocimiento, entre otros, constituyen este elemento de las actitudes (Rodrigues et al., 2004). Según Dihigo (2008) un indicador de este componente cognoscitivo es la verbalización de creencias.

Por otro lado, el elemento conductual de las actitudes se refiere al componente activo, relacionado con las conductas que se llevan a cabo, de manera coherente, con las condiciones y los afectos relativos a los objetos actitudinales (Rodrigues et al., 2004). Según Newcomb (1966) las actitudes generan un estado de activación que resulta en una conducta al encontrarse el sujeto ante un estímulo en particular. De tal manera, el contenido de este componente podría conocerse a través del análisis conductual, la actividad y las expresiones verbales indicativas de intenciones conductuales o experiencias de conducta hacia el objeto en cuestión (Dihigo, 2008).

Una actitud es entonces, la sumatoria de los componentes cognoscitivos, afectivos y conductuales que generan, la estructura de las actitudes (Lott & Maluso, 1995). De tal forma, para ejemplificar lo anterior, la actitud “me opongo a las leyes que restringen la posesión de armas”, puede constar de creencias como: “Creo que la posesión de armas sin restricciones es un derecho”, respuestas afectivas como: “Odio las leyes de control de armas que me impiden cuidar a mi familia” y conductas como: “Llamé al senador para

argumentar en contra de los proyectos de ley sobre el control de armas” (Bordens & Horowitz, 2000).

El modelo tripartito de las actitudes es el marco teórico de referencia de esta revisión, con base en el cual se analizó el contenido de los artículos. Por consiguiente, en cada uno de ellos se identificaron los elementos propios de cada componente (ver Tabla 1).

Tabla 1

*Elementos de las actitudes desde el modelo tripartito*

| <b>Elementos del componente<br/>afectivo</b> | <b>Elementos del componente<br/>cognoscitivo</b> | <b>Elementos del componente<br/>conductual</b>                 |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Sentimientos                                 | Creencias                                        | Intenciones                                                    |
| Emociones                                    | Conocimiento                                     | comportamentales                                               |
|                                              |                                                  | El comportamiento del sujeto<br>respecto al objeto actitudinal |

*Nota.* Basado en Bordens y Horowitz (2000), Dihigo (2008) y Rodrigues et al. (2004)

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Realizar una revisión de la literatura sobre actitudes hacia el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer.

### **Objetivos específicos**

- Describir el componente cognoscitivo de las actitudes hacia el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer.
- Describir el componente afectivo de las actitudes hacia el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer.
- Describir el componente conductual de las actitudes hacia el VIH/SIDA, el cáncer y al Alzheimer.
- Identificar la asociación entre los diferentes componentes de las actitudes para el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer.
- Identificar la tendencia predominante en el tipo de investigación que se realiza sobre las actitudes hacia el VIH/SIDA, el cáncer y Alzheimer.



### **Justificación**

El VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer comparten características como:

1. La cronicidad, con respecto a lo cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015c) menciona que el 60% de las muertes fueron a causa de enfermedades crónicas, lo cual pone en evidencia la alta incidencia de las mismas y el planteamiento de objetivos encaminados a su reducción en un 25% hacia el año 2025

2. La alta prevalencia, que según la Comisión Europea (s.f.) afectan a 50 de cada 100.000 personas en Europa

3. Los problemas en el funcionamiento social, comprendiendo así que los pacientes con enfermedades crónicas presentan limitaciones en esta área debido al dolor y/o fatiga, el miedo a ser una carga para los demás, su rol dentro de la sociedad y la familia, incluido el desempeño dentro del trabajo, entre otros (Vinaccia & Orozco, 2005)

4. La baja o nula probabilidad de remisión total de la enfermedad y el impacto en la calidad de vida de las personas y de la sociedad en general, que se refiere a su propia valoración global en referencia a la adaptación funcional, social, cognitiva y emocional (Vinaccia & Orozco, 2005), y que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015c) supone altos niveles de estrés y disfunción en pacientes con enfermedades crónicas

La prevalencia del VIH/SIDA se ha estabilizado gracias a los programas para su prevención y tratamiento. Sin embargo, para el año 2013 se calculaba que 35 millones de personas vivían con la enfermedad y 39 millones de personas habían fallecido como consecuencia del SIDA (ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas por el SIDA), 2014) y a través del análisis del mapa de prevalencia de esta enfermedad a nivel

mundial, se ha observado que las regiones más afectadas en la actualidad son el África Subsahariana donde el porcentaje llega a ser entre el 15 y el 34 y Europa Occidental (ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas por el SIDA), 2007). Adicionalmente, el diagnóstico de VIH/SIDA conlleva a cambios en la calidad de vida de las personas, influidos por el estigma, la connotación negativa que tiene la enfermedad a nivel social (Luque & Torrenegra, 2015), la dependencia del uso de medicamentos antiretrovirales para el manejo de la sintomatología, por la nula posibilidad que hay de remisión de la enfermedad y la probabilidad de dependencia de otros en fases muy avanzadas de la enfermedad (de Cañete, 2007).

Con respecto al cáncer en el año 2012, se reportaron 14 millones de nuevos casos a nivel mundial y actualmente se estima que el número aumente en un 70% en los próximos 20 años (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015a). El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, responsable de 8.2 millones de muertes al año (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015a) lo cual muestra que, a pesar de los esfuerzos y avances médicos, todavía existe una baja probabilidad de remisión total de la enfermedad especialmente en países en vías de desarrollo (National Cancer Institute, 2014). Eventualmente, en los estadios avanzados, el cáncer conlleva a la pérdida de la independencia, un impacto negativo en la calidad de vida de las personas y a elevados costos para el sistema de salud (Vinaccia & Orozco, 2005).

Con relación al Alzheimer, la OMS manifiesta que de los 7,7 millones de casos nuevos con demencia que se diagnostican anualmente, el 60-70% corresponde a esta enfermedad que además, tiene un gran impacto físico, psicosocial y económico en las

personas diagnosticadas con la enfermedad, los cuidadores y la sociedad (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015b). Según Reina (2000) la probabilidad de dependencia de otros aumenta conforme avanza la enfermedad, dado que hasta el momento no hay un tratamiento que permita la remisión total de ésta.

Es posible que las características previamente mencionadas de cada una de estas enfermedades, hayan contribuido a la formación de actitudes hacia ellas.

Tanto la Sociología como la Psicología Social se han interesado ampliamente en el estudio de las actitudes, lo que explica que su definición esté influida por diferentes escuelas de pensamiento y que haya confusión con respecto a su significado (Ruiz, 1986). Por ello, la información que se encuentra sobre las actitudes es diversa en tanto es analizada o presentada desde una amplia diversidad de modelos teóricos.

Precisamente, uno de los intereses de esta revisión es realizar la descripción de las actitudes hacia el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer basada en un solo modelo teórico, el modelo tripartito el cual brinda un soporte conceptual que posibilita comprender las actitudes a partir de las expresiones de los tres componentes antes descritos (Eagly & Chaiken, 1993).

De acuerdo con lo anterior, se espera poder identificar y describir los diferentes componentes de las actitudes, aunque la mayor parte de las investigaciones realizadas sobre este tema, dan cuenta de un solo componente que describe el resultado conductual hacia el objeto actitudinal de estudio.

Además, el desarrollo teórico e investigativo sobre el cual se ha profundizado de manera más puntual, ha sido el proceso de estigmatización hacia los pacientes con VIH/SIDA, lo cual se ha presentado como un fenómeno desde que inició la epidemia y ha

tenido consecuencias de varias clases, incluyendo una de las más negativas, al interior de los servicios de salud, dificultando el acceso a servicios médicos seguros dadas las actitudes negativas del personal de salud hacia las personas diagnosticadas con esta enfermedad (Varas-Díaz, Serrano-García, & Toro-Alfonso, 2004). Adicionalmente, las creencias y actitudes negativas también están presentes en la población en general, algunos de los cuales prefieren evitar el contacto con personas diagnosticadas con VIH en diferentes situaciones de la vida cotidiana (Ministerio de Sanidad de España, s.f). En este orden de ideas, también se han podido establecer investigaciones referentes a la desigualdad social relacionada con el cáncer (Gil Villa, 2012) y en correspondencia con las investigaciones sobre demencia, se ha podido establecer que las personas con Alzheimer han sido catalogadas como enfermos mentales quienes son considerados como personas impredecibles y peligrosas (Sartorius & Schulze, 2005).

Es a partir de esto, que la presente monografía encuentra otra de sus justificaciones en el hecho de que las actitudes hacia las enfermedades crónicas se han convertido en factores clave tanto en el impacto social de la enfermedad como en los riesgos de la estigmatización y la discriminación (Graham et al., 2003), esto no sólo influye en la población en general, sino que también afecta a los profesionales de la salud que trabajan con enfermedades como el VIH/SIDA, cáncer o Alzheimer, quienes en algunas ocasiones llevan a cabo conductas estigmatizantes hacia los pacientes con estas enfermedades basándose en las actitudes y conocimientos que tienen sobre la enfermedad y su desarrollo; es importante por lo tanto que el equipo de salud desarrolle actitudes caracterizadas por cierta proximidad interpersonal, pero manteniendo un respetuoso

distanciamiento, centrándose en el enfermo y los derechos del mismo (Martín Alfonso, 2003).

La realización de este trabajo puede servir como herramienta dentro del campo de la Psicología de la Salud, teniendo en cuenta que es una disciplina que se ocupa de entender los procesos de salud-enfermedad, desde una perspectiva que permita comprender los principios que regulan el comportamiento (Flórez-Alarcón, 2007). Así, la descripción de las conductas relacionadas con los procesos del VIH, el cáncer y el Alzheimer, representan un aporte a la psicología aplicada gracias a las formas a través de las cuales un individuo puede afrontar los procesos relacionados con el curso de la enfermedad, la elección de los tratamientos y los efectos secundarios derivados de estos.

Lo anterior, se puede ver apoyado por investigaciones realizadas en Cuba, que han evidenciado que las necesidades de una población, no se encuentran solo en la esfera del conocimiento médico que se tenga sobre las enfermedades, sino también por las estructuras actitudinales y los comportamientos a través de los cuales se identifiquen los riesgos, se permitan llevar a cabo medidas preventivas, se puedan determinar estilos de afrontamiento evasivos, etc. (Dihigo, 2008). En esta medida, algunos investigadores han enfocado su atención a “la sensibilización de los médicos sobre las actitudes de los pacientes en el curso de la enfermedad” (Salikeu, 1999, p. 68).

Finalmente, se espera que esta revisión facilite el estudio de las actitudes hacia las enfermedades de interés como parte del desarrollo de elementos que permitan considerar a futuro, la inclusión de las actitudes en programas de intervención y prevención de las enfermedades; investigaciones previas han puesto en evidencia que, “los programas de intervención que imparten enseñanza en las escuelas de medicina sobre la prevención, se

han traducido en un marcado mejoramiento en el conocimiento y se han asociado con una actitud más positiva de los estudiantes hacia la enfermedad” (Dubey, Sonker, & Chaudhary, 2014, p. 41).

Además de lo anterior, se espera que esta revisión permita el planteamiento de ideas y problemas que susciten hipótesis para el desarrollo de futuras investigaciones.

### **Método**

La realización de este estudio se llevó a cabo en dos momentos:

1. Búsqueda en bases de datos especializadas
2. Búsqueda de fuentes secundarias.

Se analizaron un total de 108 artículos y se decidió incluir un documento de tesis de Maestría (Dihigo, 2008) por su pertinencia y relevancia teórica, para un total de 109 documentos revisados.

La búsqueda en bases de datos especializadas, tuvo una duración cuatro meses. Se eligieron cuatro bases de datos: Science Direct, Ebsco Host, Proquest Psychology Journals y Jstor y dos herramientas de análisis de impacto: Web of Science y Scopus. Se determinaron como términos de búsqueda (MeSH Terms o términos indexados según la APA) las palabras: “Attitude(s)<sup>1</sup>”, “HIV” y “Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)” “cancer” y “neoplasms”, “Alzheimer disease”. La búsqueda de artículos sobre actitudes hacia cada una de las enfermedades en mención, se hizo de manera independiente.

En un primer momento, la búsqueda se realizó incluyendo los artículos publicados en la última década (2005-2015) (ver Tabla 2), en idiomas inglés y castellano. Se excluyeron aquellos estudios que se enfocaran en las actitudes hacia las personas con la

---

<sup>1</sup> El término “attitude” se introdujo como término MeSH en 1965 y se define como: “una predisposición perdurable y aprendida a comportarse de manera consistente hacia una determinada clase de objetos, o un estado mental y/o neuronal persistente de disposición a reaccionar a una cierta clase de objetos, no como son, sino como son concebidos” (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=attitudes>). El Centro Nacional para la Información Biotecnológica (NCBI por sus siglas en inglés) también sugiere considerar el conjunto de términos introducidos en 2004 “health knowledge, attitudes, practice, and associated behaviors que pertenecen a los temas relacionados con la salud, tales como procesos patológicos o enfermedades, su prevención y tratamiento. Este término se refiere tanto a los trabajadores de la salud como aquellos que no son de ese campo” (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=attitudes>).

enfermedad y artículos que tuvieran como marco teórico la teoría de las representaciones sociales. Este ciclo de búsqueda arrojó como resultado un total de 95.468 artículos de los cuales fueron seleccionados y revisados 44 (ver Tabla 2). Para el análisis de cada artículo, se utilizó un formato de fichas bibliográficas que permitió identificar los aspectos relevantes y coherentes con los objetivos propuestos en el estudio.

El segundo momento de búsqueda y análisis tuvo una duración de dos meses. En esta etapa, se utilizaron las referencias que a través de la revisión por medio de fichas bibliográficas de cada artículo seleccionado en el primer periodo de exploración, pudieran contribuir a este estudio. Debido a la escasa producción encontrada en el primer momento de búsqueda, se decidió incluir referencias secundarias publicadas entre 1995 y 2015. Fueron elegidas 107 referencias de las cuales se seleccionaron y revisaron 65. El análisis de estos documentos se hizo mediante el mismo método de la primera etapa, a través del formato de fichas bibliográficas.

Tabla 2

*Relación de artículos revisados según la enfermedad y la fuente*

| Enfermedad                  | Resultados    | Bases de Datos |       |                |          | Herramientas de Análisis de Impacto |                  | Referencias secundarias | Total |
|-----------------------------|---------------|----------------|-------|----------------|----------|-------------------------------------|------------------|-------------------------|-------|
|                             |               | Ebsco          | Jstor | Science Direct | Proquest | Scopus                              | Thompson Reuters |                         |       |
| VIH/SIDA                    | Encontrados   | 191            | 1259  | 6269           | 8049     | 7                                   | 2123             | 42                      | 17940 |
|                             | Seleccionados | 4              | 0     | 1              | 4        | 1                                   | 4                | 32                      | 46    |
| Cáncer                      | Encontrados   | 140            | 1523  | 26627          | 14897    | 19946                               | 7040             | 37                      | 70210 |
|                             | Seleccionados | 9              | 1     | 3              | 3        | 0                                   | 5                | 21                      | 42    |
| Alzheimer                   | Encontrados   | 27             | 30    | 3166           | 2705     | 1069                                | 400              | 28                      | 7425  |
|                             | Seleccionados | 4              | 0     | 1              | 3        | 0                                   | 1                | 12                      | 21    |
| Total artículos encontrados |               | 358            | 2812  | 36062          | 25651    | 21022                               | 9563             | 107                     | 95575 |
| Total artículos revisados   |               | 17             | 1     | 5              | 10       | 1                                   | 10               | 65                      | 109   |



## **Resultados**

A continuación se presentan los resultados, organizados para cada enfermedad según los componentes de las actitudes así: Cognoscitivo, afectivo y conductual.

### **Componente cognoscitivo**

El elemento cognoscitivo de las actitudes, según el modelo tripartito, incluye componentes informativos y representativos de un objeto determinado, es decir las creencias y el conocimiento que se tiene sobre dicho objeto, situación o persona (Rodrigues et al., 2004).

Teniendo en cuenta lo anterior, se presentan las investigaciones realizadas sobre las actitudes con respecto al componente cognoscitivo para cada enfermedad.

**VIH/SIDA.** Algunos de los hallazgos obtenidos en la revisión que se ha llevado a cabo, dan cuenta de divergencias entre los resultados de investigación respecto a los conocimientos y creencias hacia el VIH/SIDA. Principalmente, se encontró información respecto a los diversos conocimientos y creencias que se tienen sobre la definición de la enfermedad, la forma de transmisión, las causas, el curso, tratamiento y prevención de la enfermedad.

En este sentido, los resultados muestran una asociación entre el componente cognoscitivo y aspectos sociodemográficos como la edad, en la cual algunos autores encontraron que las personas más jóvenes tenían mayores conocimientos sobre el VIH/SIDA (Dávila, Tagliaferro, Bullones, & Daza, 2008; Montazeri, 2005; Uribe, Valderrama, Sanabria, Orcasita, & Vergara, 2010a). Por su parte, Tavoosi, Zaferani, Enzevaei, Tajik y Ahmadinezhad (2004) indicaron que hay asociación entre el género y este componente planteando que las mujeres tienen menores conocimientos sobre la

enfermedad que los hombres. Meundi, Amma, Rao, Shetty, S. y Shetty, A. (2007) hallaron que el género masculino tenía mayor conocimiento sobre el VIH/SIDA. Por su parte Montazeri (2005) y Uribe et al. (2010a) no encontraron diferencias significativas entre el nivel de conocimientos correctos y erróneos sobre el VIH/SIDA entre mujeres y hombres (ver Tabla 3).

Respecto al estado civil, en el estudio llevado a cabo por Carratalá, Espada y Orgilés (2013) no se encontraron diferencias significativas entre los participantes casados y divorciados en relación a los conocimientos sobre la enfermedad. En contraste, Meundi et al. (2007) plantearon que las personas casadas tenían mayores conocimientos sobre el VIH/SIDA que las personas solteras o divorciadas y, por su parte Lohrmann et al. (2000), encontraron que los participantes solteros tenían niveles de conocimientos más altos que los que estaban casados, divorciados o viudos (ver Tabla 3).

En cuanto a la escolaridad, Dubey et al. (2014), Meundi et al. (2007), Montazeri (2005) así como Rashed Al-Owaish, Anwar, Al-Shoumer y Sharma (1999) encontraron que las personas con mayores niveles de educación poseían mayores conocimientos sobre la enfermedad. En contraste, Navarro y Vargas (2004) encontraron que el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA en general es insuficiente, independiente de la escolaridad. Turhan, Senol, Baykul, Saba y Yalçin (2010) evidenciaron la falta de conocimientos de los profesionales de salud hacia la enfermedad. Por su parte, frente a la ocupación Walusimbi y Okonsky (2004) encontraron diferencias significativas entre los conocimientos de las parteras y las enfermeras sobre el VIH/SIDA. Khan, Ishaq, Khan y Ishaq (2008) señalaron que “los estudiantes de medicina tienen mayores conocimientos sobre el VIH/SIDA en comparación con los estudiantes de otras carreras profesionales”

(p.5). Vallejos, Sánchez, Lagunas, Valdés y Acosta (2010) encontraron diferencias significativas entre los conocimientos sobre la enfermedad que tienen los profesionales de enfermería y los estudiantes de esta misma profesión (ver Tabla 3).

Por otro lado, Rashed Al-Owaish et al. (1999) hallaron que un nivel socioeconómico alto se relacionó con un mejor conocimiento sobre la enfermedad. En cuanto al grupo étnico Ahmed, Hassali y Aziz (2009), determinaron una diferencia en el nivel de conocimientos sobre la forma de transmisión del VIH/SIDA entre estudiantes de farmacia de origen Chino y Malasio. Asimismo, se encontró que los estudiantes de enfermería estadounidenses presentaban un nivel más alto de conocimientos sobre el VIH/SIDA que los estudiantes jordanos debido a que los alumnos norteamericanos tenían más cursos relacionados con la enfermedad (Petro-Nustas, Kulwicki, & Zumout, 2002), por su parte Sánchez, Alvarez, Sánchez, Rodríguez y Casal (2012) encontraron que, en comparación con los participantes de Colombia y España, los de Panamá presentaban un menor nivel de conocimientos y mayores ideas erróneas sobre el VIH/SIDA. Además, Najem y Okuzu (1998) reportaron que en comparación con los estudiantes de Benín (Nigeria), los de Newark (Estados Unidos) tenían mayores conocimientos sobre la enfermedad (ver Tabla 3).

Respecto a la religión, Majdi et al. (2011) encontraron que más de la mitad de los participantes de su estudio creían que “la falta de una religión y de compromisos morales puede causar la infección del VIH/SIDA” (p. 909); similar a esto, Tebourski y Ben Alaya (2004), encontraron que la religión es importante en las actitudes hacia las personas con la enfermedad y atribuyen la falta de moralidad como culpa para tener la infección. Sobre la cultura, Petro-Nustas et al. (2002) reportaron que las creencias culturales son factores

que se pueden asociar a los conocimientos que se tengan sobre el VIH/SIDA (ver Tabla 3).

Tabla 3

*Antecedentes y aspectos sociodemográficos asociados con las creencias y los conocimientos (componente cognoscitivo de las actitudes) sobre el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer*

| VIH/SIDA                                                                                                                                            | Cáncer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Alzheimer                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Edad (Dávila et al., 2008; Montazeri, 2005; Uribe et al., 2010)                                                                                     | Edad (Anagnostopoulos & Spanea, 2005; Breslow, Sorkin, Frey, & Kessler, 1997; Cho et al., 2013, 2013; Dandash & Al-Mohaimeed, 2007; Dein, 2004; Del Castillo, Godoy-Izquierdo, Vázquez, & Godoy, 2011; Donnelly et al., 2013; Okobia, Bunker, Okonofua, & Osime, 2006; Schernhammer, Haidinger, Waldhör, Vargas, & Vutuc, 2010). | Edad (L. N. Anderson, McCaul, & Langley, 2011; Low & Anstey, 2009; Roberts et al., 2003; Roberts & Connell, 2000; Rust & Kwong See, 2010).                                                              |
| Género (Meundi et al., 2007; Montazeri, 2005; Tavoosi et al., 2004; Uribe et al., 2010).                                                            | Género (Dein, 2004; Del Castillo et al., 2011; Keeney, Mckenna, Fleming & Mcilpatrick, 2010; Schernhammer et al., 2010).                                                                                                                                                                                                         | Género (Low & Anstey, 2009; Roberts & Connell, 2000; Rust & Kwong See, 2010; Zawadzki et al., 2011).                                                                                                    |
| Escolaridad (Dubey et al., 2014; Meundi et al., 2007; Montazeri, 2005; Navarro & Vargas, 2004; Rashed Al-Owaish et al., 1999; Turhan et al., 2010). | Escolaridad (Ashing-Giwa et al., 2004; Dein, 2004; Del Castillo et al., 2011; Kowalkowski, Hart, Du, Baraniuk, & Latini, 2012; Schemhammer et al., 2010; Stein, Zhao, Crammer, & Gansler, 2007).                                                                                                                                 | Escolaridad (Ayalon & Areán, 2004; Blay & Peluso, 2010; Connell, Roberts, McLaughlin, & Akinleye, 2009; Low & Anstey, 2009; Roberts, McLaughlin, & Connell, 2014).                                      |
| Cultura (Ahmed et al., 2009; Najem & Okuzu, 1998; Petro-Nustas et al., 2002). Grupo étnico (Petro-Nustas et al., 2002; Tebourski & Ben Alaya, 2004) | Cultura (Dandash & Al-Mohaimeed, 2007; Dein, 2004; Die Trill, 2003; Francis et al., 2011; Karbani et al., 2011; Kowalkowski et al., 2012; Luquis & Cruz, 2006)                                                                                                                                                                   | Cultura (Lee, Lee, & Diwan, 2009). Aculturación (Ayalon & Areán, 2004).                                                                                                                                 |
| Religión (Majdi et al., 2011; Tebourski & Ben Alaya, 2004)                                                                                          | Grupo Étnico (Ashing-Giwa et al., 2004; Dein, 2004). Religión (Ashing-Giwa et al., 2004; Donnelly et al., 2013).                                                                                                                                                                                                                 | Grupo étnico (Adamson, 2001; Ayalon & Areán, 2004; Connell et al., 2009; Lee et al., 2009; Roberts et al., 2003).                                                                                       |
| Ocupación (Khan et al., 2008; Vallejos et al., 2010; Walusimbi & Okonsky, 2004).                                                                    | Experiencias previas (Anagnostopoulos & Spanea, 2005; Dandash & Al-Mohaimeed, 2007; Del Castillo et al., 2011; Stein et al., 2007).                                                                                                                                                                                              | Experiencias cercanas a la enfermedad (Adamson, 2001; Low & Anstey, 2009; Roberts & Connell, 2000; Rust & Kwong See, 2010; Rust & See, 2007; Sullivan, Muscat, & Mulgrew, 2007; Zawadzki et al., 2011). |
| Estado civil (Carratalá et al., 2013; Lohrmann et al., 2000; Meundi et al., 2007).                                                                  | Influencia de la familia (Dandash & Al-Mohaimeed, 2007; Gilani et al., 2010; Nnodu et al., 2010).                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                         |
| Nivel socioeconómico (Rashed Al-Owaish et al., 1999)                                                                                                | Estado civil (Ali-Risasi, Mulumba, Verdonck, Broeck, & Praet, 2014; Anagnostopoulos & Spanea, 2005; Cho et al., 2013; Dandash & Al-Mohaimeed, 2007). Nivel socioeconómico (Breslow, Sorkin, Frey & Kessler, 1997; Bunker, Okobia, Okonofua & Osime, 2006; Dandash & Al-Mohaimeed, 2007; Keeney et al., 2010).                    |                                                                                                                                                                                                         |

En coherencia con lo anterior, Tebourski y Ben Alaya (2004) destacaron la cultura y las normas sociales como aspectos importantes asociados al conocimiento y las actitudes hacia el VIH/SIDA (ver Tabla 3).

En cuanto a los conocimientos sobre el VIH/SIDA, los estudios revisados mostraron que hay diferentes niveles de ellos: alto (Al-Serouri, Anaam, Al-Iryani, Deram, & Ramarosan, 2010; Ayranci, 2005; Baytner-Zamir, Lorber, & Hermoni, 2014; Damelin, Bessudom-Manor, Amikam, & Zenilman, 2006; Dávila et al., 2008; Juan et al., 2004; Majdi et al., 2011; Maswanya et al., 2000; Montazeri, 2005; Rashed Al-Owaish, Anwar, Al-Shoumer, & Sharma, 1999; Rivas, Rivas, Barría, Mauricio, & Sepúlveda, 2009; Rubio-Aliste, Martinez-Lacasa, Jiménez-Gomez, & Quintana-Riera, 2005; Tavoosi et al., 2004; Uribe & Orcasita, 2011; Vallejos et al., 2010); moderado (Al-Rabeei, Dallak, & Al-Awadi, 2012; Tan, Pan, Zhou, Wang, & Xie, 2007); e insuficiente (Agrawal, Rao, Chandrashekar, & Coulter, 1999; Chauhan, Hussain, Pati, Nallala, & Mishra, 2011; Najem & Okuzu, 1998; Navarro & Vargas, 2004; Turhan, Senol, Baykul, Saba, & Yalçin, 2010). También se reportaron conocimientos erróneos sobre la enfermedad (Damelin et al., 2006; Inungu, Mumford, Langford, & Younis, 2009; Maswanya et al., 2000; Uribe et al., 2010) (ver Tabla 4).

De acuerdo con Dubey et al. (2014), si bien un alto porcentaje de los participantes en su estudio tuvieron un nivel alto de conocimientos sobre el VIH/SIDA, un porcentaje bajo de ellos tuvieron un alto nivel de conocimientos sobre la prevención y la transmisión de la enfermedad (p. 41). En consecuencia con este hallazgo, otros autores encontraron que un porcentaje bajo de participantes sabían sobre la terapia antirretroviral y sobre el

test de diagnóstico del VIH/SIDA (Ahmed, Hassali, & Aziz, 2009; Dubey et al., 2014) (ver Tabla 4).

Tabla 4

*Conocimientos sobre el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer*

| VIH/SIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Cáncer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Alzheimer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Altos (Al-Serouri et al., 2010; Ayranci, 2005; Baytner-Zamir et al., 2014; Damelin et al., 2006; Dávila et al., 2008; Juan et al., 2004; Majdi et al., 2011; Maswanya et al., 2000; Montazeri, 2005; Rashed Al-Owaish et al., 1999; Rivas et al., 2009; Rubio-Aliste et al., 2005; Tavoosi et al., 2004; Uribe & Orcasita, 2011; Vallejos et al., 2010) | Influidos por la cultura (Keeney et al., 2010; McFarland, 2009; Schernhammer et al., 2010)<br><br>Influidos por las fuentes de acceso a la información: Periódicos, la familia, los amigos y los profesionales de la salud (Dandash & Al-Mohaimeed, 2007; Gilani et al., 2010; Odusanya & Tayo, 2001)<br><br>Hay mucha información sobre el cáncer (Keeney et al., 2010)                                                                       | Erróneos y sesgados por las experiencias previas (Roberts et al., 2014; Rust & Kwong See, 2010)<br><br>Adecuados con respecto a los cambios en la memoria (Connell et al., 2009; Hudson, Pollux, Mistry, & Hobson, 2012)<br><br>Bajos con respecto al curso de la enfermedad y factores de predisposición (Adamson, 2001; L. A. Anderson, Day, Beard Reed, & Wu, 2009; Hudson et al., 2012; Low & Anstey, 2009; Roberts et al., 2003; Rust & See, 2007; Sullivan et al., 2007) |
| Moderados (Al-Rabeei et al., 2012; Tan et al., 2007)                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Mezcla entre conocimientos médicos y culturales (Del Castillo et al., 2011; McFarland, 2009)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Insuficientes (Agrawal et al., 1999; Ahmed et al., 2009; Chauhan et al., 2011; Dubey et al., 2014; Najem & Okuzu, 1998; Navarro & Vargas, 2004; Turhan et al., 2010)                                                                                                                                                                                    | Los recursos electrónicos con respecto a la etiología, síntomas, factores de riesgo y tratamientos han favorecido que los conocimientos sean mejores (Latif, 2014)<br><br>Importantes en la detección temprana de la enfermedad (Odusanya & Tayo, 2001; Okobia et al., 2006; Osime, Okojie, Aigbekaen, & Aigbekaen, 2008; Sahin, Sahin, Dikici, Igde, & Yaris, 2014)                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Erróneos (Damelin et al., 2006; Inungu et al., 2009; Maswanya et al., 2000; Uribe et al., 2010)                                                                                                                                                                                                                                                         | Hábitos alimenticios y tabaquismo influyen en el desarrollo de la enfermedad (Breslow et al., 1997; Del Castillo et al., 2011)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Mayores conocimientos en estudiantes de años 2002 y 2003 (Tešić et al., 2006)                                                                                                                                                                                                                                                                           | Según el tipo de cáncer:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Mayores conocimientos después de la intervención pedagógica (Al-Mazrou et al., 2005; Jaiswal et al., 2005)                                                                                                                                                                                                                                              | Conocimientos moderados con respecto al cáncer de seno (Alharbi, Alshammari, Almutairi, Makboul, & El-Shazly, 2012; Dandash & Al-Mohaimeed, 2007; Latif, 2014; Luquis & Cruz, 2006; Osime et al., 2008; Sudenga, Rositch, Otieno, & Smith, 2013) y de cervix (Alwan, Al-Diwan, Al-Attar, & Eliessa, 2012; Asuzu, Unegbu, & Akin-odanye, 2012; Breslow et al., 1997; Kidanto, Kilewo, & Moshiri, 2004; McFarland, 2009; Yilmazel & Duman, 2014) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Cuidar a un paciente con VIH/SIDA aumenta los conocimientos (Lohrmann et al., 2000)                                                                                                                                                                                                                                                                     | Conocimientos bajos o nulos respecto al cáncer de seno (Gilani et al., 2010; Karbani et al., 2011; Muthoni & Miller, 2010) de cervix (Francis et al., 2011; Nnodu et al., 2010) y de colon (McCaffery et al., 2003).                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

Por su parte, Tešić, Kolarić y Begovac, 2006) encontraron que los estudiantes de Medicina que participaron en su estudio entre 2002 y 2003 presentaban mayores niveles de conocimiento que los estudiantes evaluados entre 1993 y 1994. Así mismo, algunas

investigaciones indicaron que los conocimientos sobre la enfermedad mejoraron después de haber realizado un programa de educación sobre el VIH/SIDA (Al-Mazrou, Abouzeid, & Al-Jeffri, 2005; Jaiswal, Magar, Thakali, Gurubacharya, & Pradhan, 2005). Por otro lado, Lohrmann et al. (2000) señalaron que los estudiantes de enfermería que habían cuidado a algún paciente con VIH/SIDA tenían mayores conocimientos que aquellos que no lo habían hecho (ver Tabla 4).

En relación a las creencias respecto a la forma como se define la enfermedad, algunos autores encontraron diferencias siendo predominantes la definición del VIH/SIDA como una enfermedad (ver Tabla 5):

Tabla 5

*Creencias sobre el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer*

| VIH/SIDA                                                                                           | Cáncer                                                                                                                                                             | Alzheimer                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - Enfermedad sexual (Rivas et al., 2009).                                                          | - Irrealistas o incorrectas (Ashing-Giwa et al., 2004; Del Castillo et al., 2011)                                                                                  | - Creencias erróneas sobre las causas, opciones de tratamiento y experiencias con la enfermedad (R. L. Beard, Fetterman, Wu, & Bryant, 2009; Low & Anstey, 2009; Rust & See, 2007). |
| - Enfermedad del sistema inmune (Akansel et al., 2012; Lohrmann et al., 2000; Rivas et al., 2009). | - Culturales y religiosas sobre el efecto del cáncer en los roles sociales (Ashing-Giwa et al., 2004; Dandash & Al-Mohaimeed, 2007; Latif, 2014; McFarland, 2009). | - Enfermedad inevitable (Corner & Bond, 2004)                                                                                                                                       |
| - Enfermedad infecciosa (Al-Serouri et al., 2010; Maswanya et al., 2000).                          | - Opción para redescubrir nuevos aspectos de la vida (Die Trill, 2003).                                                                                            | - Es una enfermedad de excluyente (Corner & Bond, 2004).                                                                                                                            |
| -Enfermedad hereditaria (Ayranci, 2005)                                                            |                                                                                                                                                                    | - Es parte del proceso de envejecimiento (Ayalon & Areán, 2004; Lee et al., 2009).                                                                                                  |
|                                                                                                    |                                                                                                                                                                    | - Es una forma de locura (Ayalon & Areán, 2004; Lee et al., 2009).                                                                                                                  |

1. Sexual (Akansel et al., 2012; Rivas et al., 2009)

2. Infecciosa (Al-Serouri et al., 2010; Maswanya et al., 2000)

3. Del sistema inmune (Akansel et al., 2012; Lohrmann et al., 2000; Rivas et al., 2009)

#### 4. Hereditaria (Ayranci, 2005) (ver Tabla 5).

Respecto a la forma de transmisión, la mayor parte de los resultados obtenidos comprueban que existen ideas erróneas respecto a este tema. En numerosos artículos revisados, se encontró que las creencias predominantes respecto a la forma de transmisión del VIH/SIDA indican que (ver Tabla 6):

1. Es por medio de la picadura de un mosquito (Agrawal et al., 1999; Ahmed et al., 2009; Al-Rabeei et al., 2012; Ayranci, 2005; Damelin et al., 2006; Dubey et al., 2014; Inungu et al., 2009; Majdi et al., 2011; Maswanya et al., 2000; Meundi et al., 2007; Najem & Okuzu, 1998; Tešić et al., 2006; Yoo, Lee, Kwon, Chung, & Kim, 2005)

2. A través del uso de pertenencias de una persona con la enfermedad como la ropa, la ropa interior, las toallas o los peines (Ahmed et al., 2009; Al-Mazrou et al., 2005; Al-Serouri et al., 2010; Ayranci, 2005; Majdi et al., 2011)

3. Por utilizar el baño de una persona que tenga la enfermedad (Ahmed et al., 2009; Ayranci, 2005; Damelin et al., 2006; Dubey et al., 2014)

4. Por medio del aire o del agua (Agrawal et al., 1999; Ahmed et al., 2009; Damelin et al., 2006; Juan et al., 2004)

5. Por medio del contacto con la orina, las heces, la saliva o el fluido nasal de la persona infectada (Ahmed et al., 2009; Ayranci, 2005; Damelin et al., 2006)

6. A través de la donación de sangre, de los besos, del uso de piscinas cerradas y por compartir alimentos con una persona que tenga la enfermedad (Agrawal et al., 1999; Ahmed et al., 2009; Al-Mazrou et al., 2005; Al-Rabeei et al., 2012; Al-Serouri et al., 2010; Ayranci, 2005; Damelin et al., 2006; Dávila et al., 2008; Dubey et al., 2014; Inungu et al., 2009; Majdi et al., 2011; Meundi et al., 2007; Yoo et al., 2005) (ver Tabla 6).



Por otra parte, con respecto a las creencias acerca de la etiología del VIH/SIDA algunos autores reportaron que la enfermedad es interpretada como un castigo de Dios (Ayranci, 2005); como el resultado de conductas consideradas inmorales (ej. homosexualidad) (Majdi et al., 2011) e incluso algunos aseguraron que aquellas personas que son más religiosas, tienen un bajo riesgo de contraer la enfermedad (Al-Serouri et al., 2010) (ver Tabla 7).

Adicionalmente, con respecto al curso de esta enfermedad, algunos autores encontraron que predomina la creencia de que el VIH/SIDA es una enfermedad contagiosa y mortal (Akansel, Aydin, Özdemir, & Töre, 2012; Ayranci, 2005; Khan et al., 2008; Lohrmann et al., 2000; Uribe et al., 2010) (ver Tabla 8).

De igual forma, se evidenciaron otras creencias respecto a la prevención y el tratamiento: el VIH/SIDA es una enfermedad que puede ser curada (Agrawal et al., 1999; Ahmed et al., 2009; Al-Serouri et al., 2010; Chauhan et al., 2011; Dávila et al., 2008); estar involucrado en un deporte y estar bien nutrido son factores definitivos para no contraer la infección (Ayranci, 2005) (ver Tabla 9); el VIH/SIDA puede ser tratado por medio de medicamentos antirretrovirales como el Acyclovir, el Ribavirine, el Amantadine, entre otros (Ahmed et al., 2009); el VIH/SIDA puede prevenirse a través de vacunas (Agrawal et al., 1999; Ayranci, 2005; Jaiswal et al., 2005) (ver Tabla 9).

A partir de lo anterior, se puede afirmar que hay diversas creencias con respecto a la enfermedad, su transmisión y causas, que influyen tanto en la población en general como en los profesionales de la salud dedicados al estudio de estas enfermedades y el manejo de los pacientes que conviven con las mismas (Rivas et al., 2009).

**Cáncer.** Acerca del cáncer, la literatura mostró que las creencias y conocimientos varían dependiendo del tipo de cáncer y las características sociodemográficas de la población. Igualmente, se encontraron diferencias en las creencias que hay sobre la etiología de la enfermedad, la percepción de riesgo de ésta, el curso, tratamiento y remisión total de la enfermedad.

En relación con los aspectos sociodemográficos, se encontró que los conocimientos sobre el cáncer están relacionados con variables como la edad y que a menudo no se reconoce que esta puede ser un factor de riesgo para la enfermedad (Breslow et al., 1997; Osime et al., 2008). Por su parte, Schernhammer, Haidinger, Waldhör, Vargas y Vutuc (2010), encontraron diferencias entre grupos de edad respecto a las creencias sobre las causas de la enfermedad. Los participantes entre 15 y 34 años mostraron una mayor tendencia a creer que el tabaquismo y la exposición al sol producen cáncer (ver Tabla 3).

En cuanto al género, Breslow et al. (1997) hallaron que más de la mitad de las mujeres sabían identificar la historia familiar como un factor de riesgo para el cáncer de mama. Adicionalmente, Schernhammer et al. (2010) manifestaron que las mujeres fueron más propensas a creer que la medicina alternativa es un factor importante para la cura del cáncer. Por su parte, Keeney, Mckenna, Fleming y Mcilfatrick (2010) encontraron que los hombres tuvieron más creencias erróneas sobre la prevención de la enfermedad que las mujeres (ver Tabla 3).

En cuanto a la escolaridad, se hallaron algunos estudios según los cuales las personas con menor nivel educativo pueden tener creencias más irreales o incorrectas sobre la enfermedad (Ashing-Giwa et al., 2004; Del Castillo et al., 2011; Kowalkowski et al., 2012; Schernhammer et al., 2010). A propósito del grupo étnico, Ashing-Giwa et al.

(2004) encontraron que principalmente en el grupo de las mujeres afroamericanas, asiático-americanas y latinas, persisten algunas creencias erróneas en relación con la etiología y el curso de la enfermedad (ver Tabla 3).

Por otra parte, se identificó que la religión (Ashing-Giwa et al., 2004; Donnelly et al., 2013) y la cultura (Del Castillo et al., 2011; Die Trill, 2003; Kowalkowski et al., 2012; Luquis & Cruz, 2006; McFarland, 2009) influyen en las creencias que se tenga sobre el cáncer. De hecho, para Del Castillo et al. (2011) así como para Rabin y Pinto (2006), las experiencias previas individuales y personales con el cáncer generan creencias inexactas o erróneas sobre esta enfermedad (ver Tabla 3).

Respecto al estado civil, algunos autores encontraron que las mujeres casadas presentan mayores conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino que las mujeres solteras (Ali-Risasi et al., 2014) (ver Tabla 3).

En lo referente a los conocimientos sobre el cáncer, se encontró que existen diferencias dependiendo del tipo de cáncer y de la percepción de riesgo de la población estudiada. Algunos autores resaltaron que los conocimientos sobre enfermedad han mejorado debido a la cantidad de información disponible (Keeney et al., 2010; Odusanya & Tayo, 2001), el acceso a información sobre la importancia de la detección temprana de la enfermedad (Odusanya & Tayo, 2001; Okobia et al., 2006; Sahin et al., 2014), la etiología, los síntomas, los factores de riesgo y el tratamiento a través de recursos electrónicos (Latif, 2014) (ver Tabla 4).

Sin embargo, se encontró que el conocimiento que se tenga sobre el cáncer estará influido por la cultura en la cual el individuo se encuentre inmerso (Keeney et al., 2010; McFarland, 2009; Schernhammer et al., 2010) lo cual lleva a una mezcla entre los

conocimientos médicos y culturales que se tienen con respecto al cáncer (Del Castillo et al., 2011; McFarland, 2009). En cuanto a conocimientos generales sobre el cáncer, algunos estudios mostraron que las personas consideran que ciertos hábitos de alimentación y el tabaquismo influyen en el desarrollo de la enfermedad (Breslow et al., 1997; Del Castillo et al., 2011) (ver Tabla 4).

En lo referente a algunos tipos de cáncer, se encontró que los conocimientos sobre el cáncer de seno son insuficientes (Alharbi et al., 2012; Gilani et al., 2010; Karbani et al., 2011; Latif, 2014; Luquis & Cruz, 2006; Muthoni & Miller, 2010; Osime et al., 2008; Sudenga et al., 2013; Yousuf, 2010), igualmente sobre el cáncer de cérvix (Alwan et al., 2012; Asuzu et al., 2012; Breslow et al., 1997; Francis et al., 2011; Kidanto et al., 2004; McFarland, 2009; Nnodu et al., 2010, 2010; Yilmazel & Duman, 2014) y el de colon (McCaffery, Wardle, & Waller, 2003) (ver Tabla 4).

Esto puede influir en las conductas de prevención, detección temprana y tratamiento de algunos tipos de cáncer (Alharbi et al., 2012; Breslow et al., 1997; Luquis & Cruz, 2006; McFarland, 2009; Odusanya & Tayo, 2001; Osime et al., 2008; Sahin et al., 2014; Sudenga et al., 2013; Yilmazel & Duman, 2014; Yousuf, 2010) (ver Tabla 4).

En referencia a las creencias que hay sobre la enfermedad, se encontró que varían dependiendo del tipo de cáncer y de las variables sociodemográficas de la población estudiada. Así, en algunas culturas se dan explicaciones sobrenaturales, irrealistas o incorrectas sobre la enfermedad (Ashing-Giwa et al., 2004; Dein, 2004; Die Trill, 2003; McFarland, 2009) (ver Tabla 5).

Por otro lado, en relación a las creencias sobre la transmisión de la enfermedad, algunos autores encontraron que es percibida como una enfermedad contagiosa (Ashing-Giwa et al., 2004; Karbani et al., 2011) (ver Tabla 6).

Tabla 6

*Creencias sobre la transmisión del VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer*

| VIH/SIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Cáncer                                                                    | Alzheimer                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| - Enfermedad contagiosa y mortal (Akansel et al., 2012; Ayranci, 2005; Khan et al., 2008; Uribe et al., 2010).                                                                                                                                                                                                                                           | - Enfermedad contagiosa (Ashing-Giwa et al., 2004; Karbani et al., 2011). | - Enfermedad contagiosa (Ayalon & Areán, 2004). |
| - Picadura de un mosquito (Agrawal et al., 1999; Ahmed et al., 2009; Al-Rabeei et al., 2012; Ayranci, 2005; Damelin et al., 2006; Dubey et al., 2014; Inungu et al., 2009; Majdi et al., 2011; Maswanya et al., 2000; Meundi et al., 2007; Najem & Okuzu, 1998; Tavoosi et al., 2004; Tebourski & Ben Alaya, 2004; Tešić et al., 2006; Yoo et al., 2005) |                                                                           |                                                 |
| - Abrazos, besos, en las piscinas públicas o por medio de la comida (Agrawal et al., 1999; Al-Mazrou et al., 2005; Al-Rabeei et al., 2012; Al-Serouri et al., 2010; Damelin et al., 2006; Dávila et al., 2008; Inungu et al., 2009; Meundi et al., 2007; Najem & Okuzu, 1998; Yoo et al., 2005)                                                          |                                                                           |                                                 |
| - Por medio del aire o el agua (Agrawal et al., 1999; Ahmed et al., 2009; Damelin et al., 2006; Juan et al., 2004)                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                           |                                                 |
| - Por medio del contacto con la orina, heces, saliva o fluidos nasales de la persona infectada (Ahmed et al., 2009; Ayranci, 2005; Damelin et al., 2006).                                                                                                                                                                                                |                                                                           |                                                 |
| - Compartir ropa o usar el baño de una persona que tenga la enfermedad (Ahmed et al., 2009; Ayranci, 2005; Damelin et al., 2006; Dubey et al., 2014)                                                                                                                                                                                                     |                                                                           |                                                 |
| - Uso de pertenencias de una persona con la enfermedad como ropa, ropa interior, toallas o peines (Al-Mazrou et al., 2005; Al-Serouri et al., 2010; Ayranci, 2005; Majdi et al., 2011).                                                                                                                                                                  |                                                                           |                                                 |

Varios estudios reportaron diversidad de creencias acerca de las causas del cáncer: biológicas (referidas a la genética, la edad y el género) (Breslow et al., 1997); ambientales; el estilo de vida: los hábitos; el estrés (Rabin & Pinto, 2006); la personalidad y la religión en dónde la enfermedad es atribuida a un castigo de Dios, Alá o una prueba de vida (Ashing-Giwa et al., 2004; Dein, 2004; Donnelly et al., 2013; Okobia et al., 2006; Saleh et al., 2012); el mal comportamiento (ej. homosexualidad, promiscuidad) (Ali-Risasi et al., 2014; Die Trill, 2003; Muhbies & Sheren Al-Doski, 2010); la suerte o la casualidad (Del Castillo et al., 2011; Die Trill, 2003); lesiones previas (Dumalaon-Canaria, Hutchinson, Prichard, & Wilson, 2014; Stein et al., 2007) o infecciones (Okobia et al., 2006) (ver Tabla 7).

Acerca del cáncer de mama, se encontró una tendencia predominante a tener creencias acerca de las causas de la enfermedad centradas en factores externos o no modificables como la historia familiar (Breslow et al., 1997; Donnelly et al., 2013), o referentes a factores que no han sido aceptados científicamente como la realización de la mamografía o los rayos X (Stein et al., 2007; Yousuf, 2010), el uso de algunos productos de aseo como desodorantes o champú, el uso de sujetadores con varilla (Stein et al., 2007), la tensión, el estrés emocional y la personalidad, la contaminación ambiental, el envejecimiento, un castigo de Dios (Ashing-Giwa et al., 2004), el destino (Donnelly et al., 2013) y no lactar a los hijos (Donnelly et al., 2013) (ver Tabla 7).

En cuanto al cáncer de cérvix, se encontraron creencias relacionadas con factores causales que no han sido aceptados científicamente como una dieta alta en contenido graso y dietas bajas en fibra (Breslow et al., 1997), los dispositivos intrauterinos, la poca higiene

íntima y el uso de cremas para tratar las infecciones vaginales (McFarland, 2009) (ver Tabla 7).

Tabla 7

*Creencias sobre las causas del VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer.*

| VIH/SIDA                                                                                                                                                                                                                                                               | Cáncer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Alzheimer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Castigo de Dios por conductas no son morales (ej. homosexualidad) (Majdi et al., 2011; Montazeri, 2005)</li> <li>- Las personas religiosas tienen bajo riesgo de contraer la enfermedad (Al-Serouri et al., 2010).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sobrenaturales (Die Trill, 2003).</li> <li>- Causas biológicas (genética, edad, género) (Breslow et al., 1997; Muthoni &amp; Miller, 2010)</li> <li>- Causas ambientales (Dandash &amp; Al-Mohaimeed, 2007)</li> </ul> <p><b>Estilos de vida y hábitos :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabaquismo, exposición al sol, estrés emocional, tensión (Dein, 2004; Die Trill, 2003; Muhibies &amp; Sheren Al-Doski, 2010; Schernhammer et al., 2010)</li> <li>- Exposición prolongada a la radiación (Dandash &amp; Al-Mohaimeed, 2007).</li> <li>- Contaminación ambiental, herencia, el envejecimiento (Anagnostopoulos &amp; Spanea, 2005; Breslow et al., 1997; Dandash &amp; Al-Mohaimeed, 2007; Del Castillo et al., 2011; McFarland, 2009)</li> <li>- Suerte y casualidad (Del Castillo et al., 2011; Die Trill, 2003; Karbani et al., 2011)</li> <li>- Karma o destino (Dein, 2004)</li> <li>- Brujería o maldiciones (Muthoni &amp; Miller, 2010)</li> <li>- Castigo de Dios o Alá o prueba (Ashing-Giwa et al., 2004; Dein, 2004; Muthoni &amp; Miller, 2010; Saleh et al., 2012) por el mal comportamiento (ej. homosexualidad, promiscuidad) (Ali-Risasi et al., 2014; Die Trill, 2003; Muhibies &amp; Sheren Al-Doski, 2010)</li> </ul> <p><b>Respecto al cáncer de seno:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No lactancia a los hijos, el uso de ciertos tipos de desodorantes y ropa ajustada (Dandash &amp; Al-Mohaimeed, 2007; Muthoni &amp; Miller, 2010; Stein et al., 2007).</li> <li>- La comida, y guardarse elementos como dinero y celulares en el sostén (Muthoni &amp; Miller, 2010).</li> </ul> <p><b>Respecto al cáncer de cérvix:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consumo de alimentos grasos y sin fibra (Breslow et al., 1997).</li> <li>- Uso de dispositivos intrauterinos, cremas para las infecciones vaginales y poca higiene íntima (McFarland, 2009)</li> <li>- Menopausia (Dein, 2004)</li> <li>- Causas que no han sido validadas científicamente (estrés (Rabin &amp; Pinto, 2006), personalidad, religión, lesiones previas) (Dandash &amp; Al-Mohaimeed, 2007; Dumalaon-Canaria et al., 2014).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estilo de vida (L. N. Anderson et al., 2011; Connell et al., 2009).</li> <li>- Inactividad mental (L. N. Anderson et al., 2011; Connell et al., 2009).</li> <li>- Genética (Low &amp; Anstey, 2009; Roberts et al., 2003, 2014; Roberts &amp; Connell, 2000).</li> <li>- Vejez (Connell et al., 2009; Lee et al., 2009; Low &amp; Anstey, 2009; Roberts et al., 2003; Rust &amp; See, 2007).</li> <li>- Consumo de algunos medicamentos antes del desarrollo de la enfermedad (Adamson, 2001).</li> <li>- Voluntad de Dios (Connell et al., 2009)</li> <li>- Psicosociales, religiosas o biológicas (Blay &amp; Peluso, 2010; Low &amp; Anstey, 2009; Roberts &amp; Connell, 2000).</li> <li>- Estrés (Corner &amp; Bond, 2004; Roberts et al., 2014).</li> <li>- Altos niveles de inteligencia y educación (Corner &amp; Bond, 2004)</li> <li>- La persona es responsable de la enfermedad que tiene (Ayalon, 2013; Low &amp; Anstey, 2009).</li> </ul> |

En este sentido, cabe mencionar que la literatura hace especial énfasis en que las creencias acerca de las causas de la enfermedad pueden influenciar las acciones

preventivas contra el cáncer de cérvix y pueden impactar la participación de las mujeres en los servicios preventivos contra la enfermedad (Francis et al., 2011; McFarland, 2009) (ver Tabla 7).

Por otra parte, la forma en la cual las personas experimentan el curso de la enfermedad está influida por las creencias acerca de ésta. Al respecto, (Luquis & Cruz, 2006) encontraron que las participantes de su estudio al escuchar la palabra cáncer en lo primero en lo cual pensaban era en “muerte”, “miedo” y/o “enfermedad mortal”. Similar a esto (Cho et al., 2013) encontraron que el cáncer es considerado como una enfermedad mortal y difícil de tratar (ver Tabla 8).

Tabla 8

*Creencias sobre el curso del VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer*

| VIH/SIDA                           | Cáncer                                                                                                                                                    | Alzheimer                                                                                                         |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - Tiene cura (Ahmed et al., 2009). | - Enfermedad curable si se detecta a tiempo (Breslow et al., 1997; Okobia et al., 2006; Sudenga et al., 2013).                                            | - Enfermedad curable (Connell et al., 2009; Hudson et al., 2012; Low & Anstey, 2009; Roberts et al., 2003).       |
|                                    | - Produce incapacidad y deterioro (Die Trill, 2003).                                                                                                      | - Conlleva a una pérdida de la independencia (R. L. Beard et al., 2009).                                          |
|                                    | - Imposible de tratar (Cho et al., 2013).                                                                                                                 | - Afecta únicamente la memoria y no afecta los dominios social y físico de las personas (Rust & Kwong See, 2010). |
|                                    | - Enfermedad mortal (Anagnostopoulos & Spanea, 2005; Dein, 2004; Donnelly et al., 2013; Luquis & Cruz, 2006; Muthoni & Miller, 2010; Saleh et al., 2012). |                                                                                                                   |
|                                    | - Cáncer de colon: Enfermedad con pronóstico positivo y posibilidades de curas aún no reconocidas por la Medicina (McCaffery et al., 2003).               |                                                                                                                   |

Acerca del cáncer de colon se encontró que hay una tendencia a percibir la enfermedad como menos grave, con un pronóstico más positivo e incluso como curable



con tratamientos no reconocidos aún por la Medicina convencional (McCaffery et al., 2003) (ver Tabla 9).

Así mismo, la literatura muestra que en gran parte, se cree que el cáncer puede prevenirse (Schernhammer et al., 2010) evitando el tabaquismo, la exposición prolongada al sol, los estilos de vida poco saludables, el estrés emocional y la tensión (Die Trill, 2003; Muhbies & Sheren Al-Doski, 2010; Schernhammer et al., 2010) (ver Tabla 9).

Tabla 9

*Creencias sobre la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer*

| VIH/SIDA                                                                                                                                  | Cáncer                                                          | Alzheimer                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - No hay ninguna manera de protegerse contra el VIH/SIDA (Dávila et al., 2008).                                                           | - Enfermedad prevenible (Schernhammer et al., 2010).            | - Enfermedad prevenible (L. N. Anderson et al., 2011; Connell et al., 2009).                                                                                    |
| - Vacunas (Agrawal et al., 1999; Ahmed et al., 2009; Ayranci, 2005; Jaiswal et al., 2005).                                                | - Enfermedad no prevenible (Dein, 2004; Donnelly et al., 2013). | - Puede ser diagnosticado mediante una prueba de sangre y ya se conoce el gen que causa la enfermedad (Connell et al., 2009).                                   |
| - Hacer deporte (Ayranci, 2005)                                                                                                           |                                                                 |                                                                                                                                                                 |
| - Nutrición adecuada (Ayranci, 2005).                                                                                                     |                                                                 | - La actividad social es una estrategia de prevención (L. N. Anderson et al., 2011).                                                                            |
| - Puede tratarse por medio de medicamentos antirretrovirales como el Acyclovir, Ribavirine, Amantadine, entre otros (Ahmed et al., 2009). |                                                                 | - No hay nada que prevenga la enfermedad (L. N. Anderson et al., 2011).                                                                                         |
|                                                                                                                                           |                                                                 | - Hay medicamentos y vitaminas disponibles para prevenir la enfermedad (Ayalon, 2013; Low & Anstey, 2009; Roberts et al., 2003, 2014; Roberts & Connell, 2000). |

En general, ha habido cambios en las creencias que hay sobre el cáncer como una enfermedad curable. Sin embargo, prevalecen creencias erróneas con respecto a las causas del cáncer y la importancia de la prevención y detección temprana (Alharbi et al., 2012; Alwan et al., 2012; Breslow et al., 1997; Kowalkowski et al., 2012; Latif, 2014; MahmoodAbad, Noorbala, Mohammadi, Rahaei, & Ehrampush, 2011; McFarland, 2009;

Okobia et al., 2006; Parsa & Kandiah, 2005; Schernhammer et al., 2010; Sudenga et al., 2013; Yilmazel & Duman, 2014; Yousuf, 2010), así como respecto a su evolución y tratamiento.

**Alzheimer.** En referencia a la enfermedad de Alzheimer, se encontró que los conocimientos y las creencias están influidos por antecedentes y aspectos sociodemográficos como la edad. Al respecto, en el estudio de Anderson et al. (2011), se encontró que los participantes de mayor edad reportaban que el estilo de vida es la causa del desarrollo de la enfermedad mientras que los participantes más jóvenes reportaban que la edad es una causa potencial y creen estar en menor riesgo de desarrollar la enfermedad. En contraste, otros autores indicaron que los participantes más jóvenes percibían la enfermedad como una amenaza (Roberts & Connell, 2000). De igual forma, Roberts y Connell (2000) encontraron que las mujeres y las personas con un nivel educativo bajo percibieron mayor amenaza de desarrollar la enfermedad. Por su parte Blay y Peluso (2010) reportaron que las personas que manifestaban que las causas de la enfermedad son psicosociales (familia, desempleo, problemas en la infancia, entre otros) tenían un nivel educativo medio, entretanto, las personas que consideraban que las causas de la enfermedad son religiosas (suerte, destino, falta de fe, entre otros) pertenecían a un nivel educativo bajo. En este sentido, Roberts, McLaughlin y Connell (2014) mantienen que las personas con niveles educativos más bajos creen que el estrés es un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer (ver Tabla 3).

Por otra parte, Adamson (2001) reportó diferencias en el nivel de conocimientos entre un grupo de afro-caribeños y un grupo de asiáticos. Roberts et al. (2003) encontraron que la comunidad afro-americana cree que la enfermedad de Alzheimer es solo una parte

del proceso de envejecimiento y se perciben en menor riesgo de desarrollar la enfermedad en comparación con el grupo de blancos, sin embargo, los dos grupos (afro-americanos y blancos) consideraban que la genética y la edad avanzada son los factores de riesgo más importantes y los tratamientos con vitaminas, ejercicio físico y estimulación mental son las formas de prevención más eficaces. En concordancia con esto, Ayalon (2013) encontró que un tercio de los participantes blancos, el 50% del grupo afro-americano y más de la mitad del grupo latino creían que existen fármacos para prevenir la enfermedad (ver Tabla 3).

En relación a los conocimientos sobre la enfermedad de Alzheimer, se encontró que pueden ser erróneos y se encuentran sesgados por las experiencias previas (Adamson, 2001; L. A. Anderson et al., 2009; Low & Anstey, 2009; Roberts et al., 2014; Rust & Kwong See, 2010). Otros autores señalaron que hay conocimientos adecuados con respecto a los cambios en la memoria producidos por la enfermedad (Hudson et al., 2012; Lee et al., 2009; Low & Anstey, 2009; Sullivan et al., 2007), pero que existe una deficiencia en los conocimientos con respecto al curso de la enfermedad y factores de predisposición (Hudson et al., 2012; Low & Anstey, 2009; Rust & Kwong See, 2010; Sullivan et al., 2007) (ver Tabla 4).

Por otro lado, con respecto a las creencias, la literatura mostró que hay ideas erróneas sobre las causas, opciones de tratamiento y experiencias. Corner y Bond (2004) encontraron que la enfermedad de Alzheimer es percibida como inevitable y causa de exclusión social. Adicionalmente, Ayalon y Areán (2004) así como Lee et. Al (2009), encontraron que la enfermedad de Alzheimer es percibida como parte del envejecimiento o como una forma de locura (ver Tabla 5).

En relación a la transmisión de la enfermedad, se cree que es contagiosa (Ayalon & Areán, 2004) (ver Tabla 6).

Respecto a las causas de la enfermedad de Alzheimer, la genética (L. N. Anderson et al., 2011; Low & Anstey, 2009; Roberts et al., 2003, 2014), la vejez (Lee et al., 2009; Low & Anstey, 2009; Roberts et al., 2003; Rust & Kwong See, 2010), los eventos cerebrovasculares o mini-ictus (Low & Anstey, 2009), las fallas químicas en el cerebro (Roberts & Connell, 2000), el estilo de vida (L. N. Anderson et al., 2011), la medicación previa a la enfermedad (Adamson, 2001), el estrés (Roberts et al., 2014), la inactividad mental o altos niveles de inteligencia y educación (Corner & Bond, 2004) son algunas de las creencias predominantes. Similar a esto, (Blay & Peluso, 2010) encontraron que las causas atribuidas a la enfermedad pueden ser psicosociales, religiosas o biológicas y contribuyen a la atribución de culpa a las personas de tener la enfermedad (Ayalon, 2013; Low & Anstey, 2009; Roberts & Connell, 2000). Por ejemplo Connell, Roberts, McLaughlin y Akinleye (2009) encontraron que una muestra significativa de la población afrodescendiente tiene una tendencia a creer que la enfermedad es voluntad de Dios y que hay una prueba de sangre que permite el diagnóstico de la enfermedad dado el descubrimiento que hay del gen que causa la enfermedad de Alzheimer. Por su parte, otros afirman que la actividad social previene la enfermedad, mientras que otras personas mencionan que no hay nada que la prevenga (L. N. Anderson et al., 2011) (ver Tabla 7).

Por último, en relación al curso de la enfermedad se encontró que las personas creen que la enfermedad de Alzheimer afecta únicamente la memoria y no los dominios psicosocial y físico de las personas (Rust & Kwong See, 2010), que es una enfermedad curable mediante el uso de medicamentos y vitaminas (Ayalon, 2013; Connell et al., 2009;

Hudson et al., 2012; Low & Anstey, 2009; Roberts et al., 2003, 2014; Roberts & Connell, 2000), que es parte del proceso de envejecimiento (Lee, S., Lee, H. & Diwan, 2010), que es una forma de locura (Lee et al., 2009) y que a largo plazo conlleva a una pérdida de la independencia (R. L. Beard et al., 2009) (ver Tabla 8).

Las creencias sobre la prevención y tratamiento muestran que la enfermedad de Alzheimer es considerada como prevenible (L. N. Anderson et al., 2011; Connell et al., 2009) mediante la actividad social (L. N. Anderson et al., 2011) o el consumo de algunos medicamentos o vitaminas (Ayalon, 2013; Low & Anstey, 2009; Roberts et al., 2003, 2014; Roberts & Connell, 2000), mientras que otros consideran que no hay nada que prevenga la enfermedad (L. N. Anderson et al., 2011). Por otro lado, Connell et al., (2009) encontraron que las personas consideran que puede ser diagnosticada mediante una prueba de sangre y que ya se conoce el gen que causa la enfermedad (ver Tabla 9)

### **Componente afectivo**

El componente afectivo de las actitudes según el modelo tripartito, está compuesto por sentimientos y emociones hacia un objeto determinado (Rodrigues et al., 2004) y podría conocerse a través de las expresiones verbales indicativas de afecto, teniendo en cuenta los grados de expresión de este elemento, que van desde lo positivo a lo negativo (Dihigo, 2008).

Teniendo en cuenta lo anterior, se presentarán los antecedentes empíricos sobre las actitudes con respecto al componente afectivo para cada enfermedad.

**VIH/SIDA.** Con respecto al VIH/SIDA se encontró que el componente afectivo de las actitudes, está asociado con aspectos sociodemográficos como la profesión y la cultura. Con respecto a la profesión, estudiantes de Medicina con experiencias previas con la

enfermedad, se sienten más temerosos de contagiarse del VIH/SIDA (Chew & Cheong, 2012), mientras que los estudiantes de farmacia sienten menor temor respecto al contagio por el contacto mínimo que tienen con los pacientes con la enfermedad (Ahmed et al., 2009) (ver Tabla 10).

Tabla 10

*Antecedentes y aspectos sociodemográficos asociados al componente afectivo de las actitudes para el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer*

| VIH/SIDA                                   | Cáncer                                                             | Alzheimer                                                                            |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|                                            | - Edad (McCaffery et al., 2003).                                   | - Edad (L. A. Anderson et al., 2009; Roberts & Connell, 2000; Roberts et al., 2014). |
|                                            | - Género (McCaffery et al., 2003).                                 | - Género (L. A. Anderson et al., 2009; Roberts & Connell, 2000)                      |
| Profesión (Chew & Cheong, 2012).           | - Nivel educativo (McCaffery et al., 2003).                        | - Nivel educativo (L. A. Anderson et al., 2009).                                     |
|                                            | - Antecedentes de cáncer en la familia (Kowalkowski et al., 2012). | - Experiencias cercanas con la enfermedad (Corner & Bond, 2004).                     |
| Cultura (Najem & Okuzu, 1998)              |                                                                    | - Etnia (L. A. Anderson et al., 2009; Roberts et al., 2003).                         |
| Orientación sexual (Vallejos et al., 2010) |                                                                    | - Estado civil (Roberts & Connell, 2000).                                            |
|                                            |                                                                    | - Ingreso económico (Roberts & Connell, 2000).                                       |

Adicionalmente, se encontró que el lugar de origen puede afectar las preocupaciones de las personas con respecto al contagio con el virus. En congruencia con lo anterior, algunos autores encontraron que los estudiantes de Newark (Estados Unidos) tenían más preocupaciones por contagiarse de VIH que los estudiantes de Benín-Nigeria por la información que poseían con respecto a la enfermedad y la percepción de riesgo de contraer el virus (Najem & Okuzu, 1998) (ver Tabla 10)

Similar a esto, otro estudio describió que los estudiantes estadounidenses sienten mayor preocupación por contraer la enfermedad en comparación con los estudiantes jordanos, debido a que los norteamericanos están más expuestos a cursos acerca del VIH/SIDA (Petro-Nustas et al., 2002) (ver Tabla 10).

En relación a la orientación sexual, algunos autores señalaron que las actitudes hacia la enfermedad han presentado una mejoría, lo cual puede deberse a que los estudiantes de enfermería conocen a personas con orientación homosexual (Vallejos et al., 2010) (ver Tabla 10).

De igual forma se encontró que prevalecen sentimientos de vergüenza, ansiedad y temor hacia la enfermedad (Baytner-Zamir et al., 2014) así como preocupación (Baytner-Zamir et al., 2014; Juan et al., 2004; Petro-Nustas et al., 2002) o miedo (Damelin et al., 2006; Dubey et al., 2014; Rivas et al., 2009; Tan et al., 2007; Uribe & Orcasita, 2011; Vallejos et al., 2010) por el desarrollo de la misma. En oposición a lo anterior Yoo, Lee, Kwon, Chung y Kim (2005) encontraron que los participantes de su estudio manifestaron no sentir miedo al contagio del VIH/SIDA (ver Tabla 11).

**Cáncer.** Acerca del cáncer, la literatura mostró que existe una asociación entre las emociones y sentimientos y algunos aspectos sociodemográficos como: La edad, el género y el nivel educativo. Al respecto, McCaffery et al. (2003) encontraron que las mujeres jóvenes y las personas con un nivel educativo más bajo tienen actitudes más negativas hacia la enfermedad. En oposición a lo anterior Keeney et al. (2010) encontraron que los hombres tienden a tener actitudes más negativas hacia la enfermedad y hacia la prevención del cáncer. Sin embargo, Keeney et al. (2010) coincidieron con McCaffery et al. (2003)

en la asociación de un nivel educativo bajo con actitudes más negativas hacia la enfermedad (ver Tabla 10).

Adicionalmente, Cho et al. (2013) encontraron que las personas mayores y las mujeres casadas tienen una actitud más negativa hacia el cáncer y hacia las personas que conviven con éste. Por último, los antecedentes de cáncer tanto personales como familiares fueron identificados por Kowalkowski et al. (2012) como aspectos asociados al componente afectivo, siendo predominantes las emociones negativas como preocupación constante por el desarrollo del cáncer en personas con experiencias cercanas a la enfermedad (ver Tabla 10).

Acerca de los sentimientos y las emociones hacia la enfermedad se halló que el cáncer produce tanto emociones positivas (dependiendo del tipo de cáncer, optimismo respecto al pronóstico del cáncer de colon (McCaffery et al., 2003) y actitudes positivas hacia el cáncer de mama (Okobia et al., 2006) como negativas (miedo, fatalismo, pesimismo, preocupación, desesperanza, impotencia, perturbación emocional, estrés respecto a la adquisición de la enfermedad y al curso de ésta (Ashing-Giwa et al., 2004; Connell et al., 2009; Corner & Bond, 2004; Dandash & Al-Mohaimeed, 2007; Dein, 2004; Del Castillo et al., 2011; Dumalaon-Canaria et al., 2014; Geraghty, Zbar, & Costa, 2002; Gilani et al., 2010; Kowalkowski et al., 2012; Luquis & Cruz, 2006; McCaffery et al., 2003; Odusanya & Tayo, 2001; Saleh et al., 2012). Adicionalmente, se encontró que el cáncer se asocia con dolor, desagrado (Geraghty et al., 2002) y tristeza (Corner & Bond, 2004; Del Castillo et al., 2011) (ver Tabla 11).



Tabla 11

*Emociones y sentimientos hacia el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer*

| VIH/SIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Cáncer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Alzheimer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vergüenza, ansiedad y temor (Baytner-Zamir et al., 2014).</li> <li>- Preocupación por contraer la enfermedad (Baytner-Zamir et al., 2014; Juan et al., 2004; Petro-Nustas et al., 2002).</li> <li>- Miedo de contraer el VIH (Damelin et al., 2006; Dubey et al., 2014; Rivas et al., 2009; Tan et al., 2007; Uribe &amp; Orcasita, 2011; Vallejos et al., 2010).</li> </ul> | <p><b>Emociones o respuesta emocionales negativas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Miedo, fatalismo, pesimismo, preocupación, desesperanza, impotencia y perturbación emocional, estrés respecto a la adquisición de la enfermedad y el curso de ésta (Ashing-Giwa et al., 2004; Connell et al., 2009; Corner &amp; Bond, 2004; Dandash &amp; Al-Mohaimeed, 2007; Dein, 2004; Del Castillo et al., 2011; Dumalaon-Canaria et al., 2014; Gilani et al., 2010; Kowalkowski et al., 2012; Luquis &amp; Cruz, 2006; McCaffery et al., 2003; Odusanya &amp; Tayo, 2001; Saleh et al., 2012).</li> <li>- Desagrado (Geraghty et al., 2002)</li> <li>- Tristeza (Corner &amp; Bond, 2004; Del Castillo et al., 2011).</li> <li>- Miedo y pesimismo (Geraghty et al., 2002).</li> <li>- Culpa (Muhbies &amp; Sheren Al-Doski, 2010).</li> </ul> <p><b>Emociones positivas:</b><br/>Dependiendo del tipo de cáncer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cáncer de colon: optimismo respecto al pronóstico de la enfermedad (McCaffery et al., 2003).</li> </ul> | <p>Vergüenza, desconcierto y miedo a la exclusión (Piver et al., 2013).</p> <p><b>Preocupación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Por desarrollar la enfermedad (Roberts et al., 2014).</li> <li>- Por algunos síntomas (L. A. Anderson et al., 2009)</li> </ul> <p>Tristeza (Renée L. Beard, 2004).</p> <p>Optimismo frente al pronóstico de la enfermedad (Low &amp; Anstey, 2009).</p> |

**Alzheimer.** En cuanto a la enfermedad de Alzheimer, se encontró que las emociones y sentimientos están asociados con variables sociodemográficas como la edad (L. A. Anderson et al., 2009; Roberts & Connell, 2000; Roberts et al., 2014). Al respecto, Roberts et al. (2014) hallaron que las personas entre los 50 y los 65 años se encontraban más preocupadas por desarrollar la enfermedad. Por su parte L. A. Anderson et al. (2009), observaron que las personas mayores de 65 años sienten más preocupaciones por el

desarrollo de la enfermedad de Alzheimer, mientras que otros autores encontraron que las personas más jóvenes sienten más preocupación por el desarrollo de la enfermedad en su vejez (Roberts & Connell, 2000) (ver Tabla 10).

Respecto al género L. A. Anderson et al. (2009) lo identificaron como una variable que interviene en la preocupación que se tenga por el desarrollo de la enfermedad y específicamente, Roberts y Connell (2000) indicaron que las mujeres se sienten más preocupadas por la adquisición de la enfermedad de Alzheimer (ver Tabla 10)

L. A. Anderson et al. (2009) reportaron que la etnia y el nivel educativo son otras variables sociodemográficas asociadas al componente afectivo. Al respecto, Roberts et al. (2003) encontraron en su estudio que los afro-americanos se sienten más preocupados por el desarrollo de la enfermedad (ver Tabla 10).

Roberts y Connell (2000) identificaron que las personas con menores ingresos económicos se sienten más preocupadas por la adquisición de la enfermedad y Corner y Bond (2004) reportaron que personas con experiencias cercanas a la enfermedad de Alzheimer, se sienten más preocupadas por esta (ver Tabla 10).

Asimismo, se encontró que la enfermedad de Alzheimer trae como consecuencia un impacto emocional caracterizado por la vergüenza, el desconcierto y el miedo a la exclusión (Piver et al., 2013), además de preocupación por desarrollar la enfermedad (Roberts et al., 2014) y por algunos síntomas (L. A. Anderson et al., 2009). Beard (2004) encontró que hay emociones negativas como tristeza y aislamiento así como emociones positivas al momento del diagnóstico. (Low & Anstey, 2009) encontraron que algunas personas son optimistas respecto al pronóstico de la enfermedad (ver Tabla 11).

**Componente conductual**

Según el modelo tripartito de las actitudes, el componente conductual es el elemento activo de la estructura de las actitudes y se encuentra constituido por las intenciones conductuales y las conductas que tiene el sujeto frente al objeto actitudinal (Rodríguez et al., 2004).

A continuación, se presentarán los estudios que han abordado este componente de las actitudes para cada enfermedad.

**VIH/SIDA.** Los principales resultados que se presentan en relación con este componente, permiten dar cuenta de las intenciones conductuales que los participantes de los estudios revisados tendrían en caso de ser diagnosticados con VIH/SIDA y de igual forma, las conductas de prevención que realizan las personas para evitar el contagio de la enfermedad. Asimismo, se presentan las divergencias que la literatura menciona respecto a algunos aspectos sociodemográficos y conductas o intenciones conductuales hacia el VIH/SIDA.

En correspondencia con los aspectos sociodemográficos, Meundi, Amma, Rao, Shetty y Shetty (2007) encontraron una relación entre el género y las conductas preventivas hacia la enfermedad, e identificaron que el uso de preservativos y la disminución de comportamientos sexuales de riesgo por parte de los hombres es crítico para la disminución del VIH/SIDA. Sin embargo, Tan, Pan, Zhou, Wang y Xie (2007) encontraron que el género no se encuentra relacionado con respuestas preventivas asertivas hacia el VIH/SIDA (ver Tabla 12).

Asimismo, se hallaron asociaciones entre el componente conductual y la profesión encontrándose diferencias significativas entre las prácticas hacia la enfermedad que

llevan a cabo profesionales de la salud en comparación con otros profesionales (Tan et al., 2007). Por ejemplo, Chauhan et al. (2011) encontraron que un porcentaje elevado de profesionales de la salud, no estarían dispuestos a dar reanimación boca a boca a pacientes con VIH/SIDA (ver Tabla 12).

También se encontraron diferencias asociadas con la cultura (Najem & Okuzu, 1998) y la religión, respecto a lo cual Rashed Al-Owaish et al. (1999) reportaron que un alto porcentaje de participantes resaltaron este aspecto como fundamental para prevenir el VIH/SIDA (ver Tabla 12).

Por su parte, Majdi, et al. (2006) destacaron que este es un aspecto muy valioso para tener en cuenta en la prevención del VIH/SIDA, en especial en la República Islámica de Irán en donde el rol de la religión es importante en el día a día.

Tabla 12

*Antecedentes y aspectos sociodemográficos asociados al componente conductual de las actitudes para el VIH/SIDA y el cáncer*

| VIH/SIDA                                                                                                                   | Cáncer                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| - Género (Meundi et al., 2007; Tan et al., 2007).                                                                          | - Religión (Ayalon, 2013; Donnelly et al., 2013).                                    |
| - Religión (Majdi et al., 2011; Rashed Al-Owaish et al., 1999).                                                            | - Cultura influye los comportamiento de prevención del cáncer de seno (Latif, 2014). |
| - Cultura se encuentran diferencias en las prácticas de prevención hacia el VIH/SIDA entre culturas (Najem & Okuzu, 1998). | - Nivel educativo (Keeney et al., 2010)                                              |
| - Profesión (Chauhan et al., 2011; Tan et al., 2007).                                                                      | - Nivel socioeconómico (Schernhammer et al., 2010)                                   |
| - Estado civil (Carratalá et al., 2013).                                                                                   | - Edad (Alwan et al., 2012; Donnelly et al., 2013).                                  |

Respecto al estado civil, Carratalá et al. (2013) encontraron que las personas divorciadas presentaban una mayor disposición hacia la realización de la prueba de diagnóstico del VIH/SIDA, el uso del preservativo y las personas con VIH/SIDA (ver Tabla 12).

En relación a las intenciones conductuales, se encontró que algunas personas expresan que se suicidarían si son diagnosticadas con la enfermedad, otras evitarían tener contacto sexual si contraen el VIH/SIDA y un porcentaje bajo buscarían asesoría médica y optarían por un tratamiento convencional si son diagnosticadas (Jaiswal et al., 2005). Además, se encontró que un porcentaje significativo de personas estarían dispuestas a realizarse la prueba de diagnóstico del VIH/SIDA (Al-Serouri et al., 2010; Meundi et al., 2007; Rashed Al-Owaish et al., 1999) (ver Tabla 13).

En cuanto a las conductas hacia la enfermedad, varios autores coincidieron en que algunas personas previenen la infección mediante el uso de preservativos (Páez, Ubillos, & León, 1996; Yoo et al., 2005). Otros por el contrario, encontraron un porcentaje bajo de personas que utilizan el preservativo como medio de prevención de la infección (Meundi et al., 2007; Tan et al., 2007) (ver Tabla 13).

**Cáncer.** En cuanto al cáncer, se encontró que aspectos sociodemográficos como la edad están asociados a la prevención (Alwan et al., 2012; Donnelly et al., 2013). Por su parte, Donnelly et al. (2013) encontraron que las personas que creen que el cáncer es un castigo de Dios tienden a no tener conductas de prevención y detección temprana de la enfermedad (ver Tabla 12).

Por otro lado, según Freeman y Chu (2005) y Segnan (1997) el nivel socioeconómico es un factor que puede llegar a influenciar en gran medida las conductas de prevención hacia el cáncer (citado por Schernhammer et al., 2010). En cuanto al nivel educativo, Keeney et al. (2010) encontraron que las personas que tienen un nivel educativo más alto toman decisiones sobre su estilo de vida con base en la información sobre la

prevención del cáncer. Por su parte, Latif (2014) afirmó que la prevención hacia el cáncer de seno se ve influida por la cultura y la imagen de la mujer en la sociedad (ver Tabla 12).

Acerca de las intenciones conductuales hacia el cáncer, se encontró que las personas se encuentran dispuestas a tomar decisiones sobre el estilo de vida que llevan dependiendo de la información sobre la prevención de la enfermedad de la que disponen (Keeney et al., 2010). De igual manera, algunas personas ocultarían el diagnóstico de cáncer para no perder el empleo o el seguro médico (Cho et al., 2013) (ver Tabla 13).

Por otro lado, algunos autores reportaron que los individuos que creen que sus comportamientos controlan su estado de salud son más propensos a tomar medidas preventivas hacia el cáncer (Del Castillo et al., 2011; Kowalkowski et al., 2012) (ver Tabla 13).

Dependiendo del tipo de cáncer también se hallaron diferencias. En referencia al cáncer de seno, se encontró que las personas pueden tener cambios en los hábitos alimenticios (Rabin & Pinto, 2006) y buscar ayuda profesional (Latif, 2014; Osime et al., 2008). En cuanto al cáncer de cérvix, que aquellas personas que no identifican la vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH) como una forma de prevención, no se la aplicarían ni dejarían que sus familiares se la aplicaran (Yilmazel & Duman, 2014) (ver Tabla 13).

**Alzheimer.** En relación con la enfermedad de Alzheimer, no se encontraron estudios que permitan describir la relación entre los aspectos sociodemográficos y el componente conductual hacia la enfermedad. No obstante, a continuación se describen resultados reportados en los estudios sobre las intenciones conductuales y conductas hacia la enfermedad.

Tabla 13

*Intenciones conductuales y conductas hacia el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer*

| VIH/SIDA                                                                                                                             | Cáncer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Alzheimer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Conductas hacia la enfermedad</b>                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| - Prevención por medio de preservativos (porcentaje bajo)(Dihigo, 2008; Meundi et al., 2007; Tan et al., 2007).                      | - Prevenir con base en la creencia de que los comportamientos controlan el estado de salud (Del Castillo et al., 2011; Kowalkowski et al., 2012).                                                                                                                                                                                                                                     | - Comprometerse con actividades de estimulación cerebral para prevenir la enfermedad (L. N. Anderson et al., 2011; Ayalon, 2013).                                                                                                                                                                                                                              |
| - Uso de preservativos (Páez et al., 1996; Yoo et al., 2005)                                                                         | <b>Dependiendo del tipo de cáncer:</b><br><b>Cáncer de seno</b><br>- Cambios en los hábitos de alimentación (Rabin & Pinto, 2006).<br>- Búsqueda de ayuda profesional (Latif, 2014; Osime et al., 2008)<br><br><b>Cáncer de cérvix</b><br>- Abstenerse de aplicarse o de dejar que sus familiares se apliquen la vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH) (Yilmazel & Duman, 2014). | - Consumo de vitaminas y suplementos después de un informe sobre el riesgo de tener la enfermedad de Alzheimer (Roberts et al., 2014).<br><br>- Experiencias previas (Adamson, 2001; Low & Anstey, 2009; Roberts & Connell, 2000; Rust & Kwong See, 2010; Sullivan et al., 2007; Zawadzki et al., 2011) influyen en la conducta (L. N. Anderson et al., 2011). |
| <b>Intenciones conductuales</b>                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| - Suicidio si se recibe diagnóstico de VIH/SIDA (Jaiswal et al., 2005).                                                              | - Ocultar el diagnóstico para no perder el empleo o el seguro médico (Cho et al., 2013).                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Buscar ayuda al momento de recibir el diagnóstico (Renée L. Beard, 2004).                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| - Evitación de contacto sexual si se contrae la enfermedad (Jaiswal et al., 2005).                                                   | - Cambios en el estilo de vida dependiendo de la información sobre prevención de la enfermedad (Keeney et al., 2010).                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| - Búsqueda de asesoramiento médico (Jaiswal et al., 2005).                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| - Elegir tratamiento convencional si se recibe diagnóstico de VIH/SIDA (Jaiswal et al., 2005).                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| - Realización de la prueba de diagnóstico de VIH/SIDA (Al-Serouri et al., 2010; Meundi et al., 2007; Rashed Al-Owais h et al., 1999) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

Por ejemplo, se encontró que las personas estarían dispuestas a buscar ayuda al momento de recibir el diagnóstico de Alzheimer (Renée L. Beard, 2004); se comprometerían con actividades de estimulación cerebral con el fin de prevenir la

enfermedad (L. N. Anderson et al., 2011; Ayalon, 2013) así no se haya demostrado que esas actividades prevengan del todo el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer (Renée L. Beard, 2004) (ver Tabla 13).

Otros indicaron que después de haber recibido un informe en el cual se aseguraba que estaban en riesgo de desarrollar la enfermedad, empezaron a consumir vitaminas y suplementos para prevenir su desarrollo (Roberts et al., 2014) (ver Tabla 13)

Además, se encontró que las experiencias previas con la enfermedad de Alzheimer (Adamson, 2001; Low & Anstey, 2009; Roberts & Connell, 2000; Rust & Kwong See, 2010; Sullivan et al., 2007; Zawadzki et al., 2011) influyen en las conductas de las personas hacia la misma (L. N. Anderson et al., 2011) (ver tabla 13).

### **Asociación entre componentes**

La distinción de los tres componentes presentada hasta el momento posibilita la comprensión conceptual de las actitudes desde un modelo más amplio, “uno que permite (...) expresar el hecho de que la evaluación puede manifestarse a través de respuestas de cualquiera de estos tres tipos (...)”(Eagly & Chaiken, 1993, pp. 13-14), cognoscitivo, afectivo o conductual.

El desarrollo de esta investigación favoreció la descripción de la estructura de las actitudes teniendo en cuenta la relación entre componentes: Cognoscitivo-afectivo, cognoscitivo-conductual y afectivo-conductual. A continuación se presentarán los resultados encontrados respecto a estas asociaciones entre componentes para cada enfermedad.

**VIH/SIDA.** En relación con la asociación entre los componentes cognoscitivo y afectivo de las actitudes hacia el VIH/SIDA, algunos autores afirmaron que a mayores



conocimientos sobre la enfermedad, más positiva es la actitud hacia ésta (Carratalá et al., 2013; Chauhan et al., 2011; Dubey et al., 2014; Tešić et al., 2006) (ver Tabla 14).

Tabla 14

*Asociación entre los componentes, afectivo y cognitivo hacia el VIH/SIDA el cáncer y el Alzheimer*

| VIH/SIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Cáncer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Alzheimer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- A mayores conocimientos una actitud más positiva hacia el VIH/SIDA (Carratalá et al., 2013; Chauhan et al., 2011; Donaire, Narváez, &amp; Tomás-Sábado, 2006; Dubey et al., 2014; Tešić et al., 2006)</li> <li>- A pesar de la información, la actitud no es necesariamente positiva (Baytner-Zamir et al., 2014; Chew &amp; Cheong, 2012)</li> <li>- La información sobre la rápida propagación de la enfermedad genera ansiedad sobre el posible contagio del VIH/SIDA (Ayranci, 2005).</li> <li>- A menor conocimiento y mayores creencias erróneas sobre el VIH/SIDA, mayor miedo al contagio (Petro-Nustas et al., 2002; Walusimbi &amp; Okonsky, 2004).</li> <li>- Los temores y ansiedad por el contagio disminuyen una vez la información correcta ha sido proporcionada (Pita-Fernández et al., 2004).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creer que la enfermedad es un castigo de Dios por el mal comportamiento conlleva a sentir culpa (Muhbies &amp; Sheren Al-Doski, 2010).</li> <li>- El miedo sobre el cáncer se debe a creer que el cáncer es intratable, inevitable y conduce a la muerte (Elmubarak, Bromfield, &amp; Bovell-Benjamin, 2005; Jones, 2015; Luquis &amp; Cruz, 2006)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Correlación entre las creencias sobre la prevención de la enfermedad y la culpa (L. N. Anderson et al., 2011)</li> <li>- Creer que se desarrollará la enfermedad causa preocupación (Roberts et al., 2014)</li> <li>- Las creencias sobre las causas se relacionan con actitudes positivas y negativas (Blay &amp; Peluso, 2010)</li> <li>- A pesar de que algunas personas comparten creencias, algunas s están más ansiosas s por desarrollar la enfermedad (Corner &amp; Bond, 2004)</li> </ul> |

En contraste, otros autores manifestaron que a pesar de la información que se tengan sobre la enfermedad la actitud hacia la misma no es necesariamente positiva (Baytner-Zamir et al., 2014; Chew & Cheong, 2012) y prevalecen creencias erróneas influidas por

la cultura (Dubey et al., 2014; Majdi et al., 2011; Rivas et al., 2009). Por su parte, Ayranci (2005) reportó que la información sobre la rápida propagación del virus genera en las personas ansiedad sobre el posible contagio. Además, Petro-Nustas et al. (2002) así como Walusimbi y Okonsky (2004) manifestaron que las concepciones erróneas y menores conocimientos sobre la enfermedad están relacionados con estrés, miedo y pánico al contagio. Al respecto, Pita-Fernández, Rodríguez-Vazquez y Pertega-Díaz, (2004) plantearon que las actitudes negativas y los temores al contagio disminuyen una vez la información adecuada ha sido proporcionada (ver Tabla 14).

En contraposición a lo anterior, Tebourski y Ben Alaya (2004), Tomás Sábado y Herrero (2007) encontraron que el conocimiento no es suficiente para modificar las emociones y los sentimientos hacia la enfermedad (ver Tabla 14).

Acerca de la asociación entre los componentes cognoscitivo y conductual de las actitudes hacia el VIH/SIDA, los resultados muestran que el conocimiento sobre la enfermedad puede afectar la práctica de conductas consideradas saludables (Al-Serouri et al., 2010; Rashed Al-Owaish et al., 1999) como el uso de preservativos, la realización de pruebas de detección de la enfermedad y la conducta hacia las personas que conviven con ésta (Carratalá et al., 2013; Chauhan et al., 2011; Maswanya et al., 2000; Páez et al., 1996; Uribe et al., 2010) (ver Tabla 15).

Asimismo, se ha determinado que el conocimiento sobre la enfermedad está asociado con cambios conductuales. Por ejemplo, Ahmed et al. (2009) mostraron que un tercio de los jóvenes participantes en su estudio cambiaron su comportamiento después de conocer sobre el VIH/SIDA evitando relaciones extramatrimoniales y no compartiendo cuchillas de afeitar. Sin embargo, se mencionaron algunos cambios de comportamiento

erróneos como no compartir ropa con otras personas o utensilios de comida (Al-Serouri et al., 2010) (ver Tabla 15).

Por último, Chew y Cheong (2012) reportaron que la preparación académica de los estudiantes de medicina ayuda a mejorar los niveles de conocimientos sobre la enfermedad aunque no es un factor definitivo para cambiar la conducta (ver Tabla 15).

Tabla 15

*Asociación entre el componente cognoscitivo y la conducta hacia el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer*

| VIH/SIDA                                                                                                                                                                                       | Cáncer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Alzheimer                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Los conocimientos y creencias sobre la enfermedad influyen en el cambio de conductas (Ahmed et al., 2009; Al-Serouri et al., 2010; Rashed Al-Owaish et al., 1999) como:                        | Los conocimientos y creencias influyen en:                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Las creencias respecto a la prevención influyen en las conductas de las personas (L. N. Anderson et al., 2011; Lee et al., 2009; Roberts et al., 2003) |
| - Las conductas de prevención (uso de preservativos) (Carratalá et al., 2013; Páez et al., 1996; Uribe et al., 2010).                                                                          | - Las estrategias de prevención y detección temprana (Alharbi et al., 2012; Alwan et al., 2012; Anagnostopoulos & Spanea, 2005; Breslow et al., 1997; Dein, 2004; Gilani et al., 2010; Kowalkowski et al., 2012; Latif, 2014; McFarland, 2009; Odusanya & Tayo, 2001; Okobia et al., 2006; Sudenga et al., 2013; Yilmazel & Duman, 2014). | El nivel de conocimientos influye en la búsqueda de ayuda profesional y en el acceso a los tratamientos (Adamson, 2001)                                |
| - Conductas hacia las personas con la enfermedad (Carratalá et al., 2013; Chauhan et al., 2011; Maswanya et al., 2000; Páez et al., 1996; Uribe et al., 2010; Vallejos et al., 2010).          | - El tipo de tratamiento que se busque (Ashing-Giwa et al., 2004; Dein, 2004; Die Trill, 2003; Okobia et al., 2006).                                                                                                                                                                                                                      | Cambios en el estilo de vida influidos por las creencias que se tienen sobre la enfermedad (Low & Anstey, 2009)                                        |
| El proceso de profesionalización en ciencias de la salud ayuda a mejorar los niveles de conocimiento sobre el VIH/SIDA, pero no influye de manera suficiente la conducta (Chew & Cheong, 2012) | Tener información sobre antecedentes de cáncer no garantiza la ejecución de medidas de prevención y detección temprana (Kowalkowski et al., 2012)                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                | Las personas con menores niveles de conocimientos sobre signos y síntomas reportan que ya no pueden cambiar sus comportamientos respecto al cáncer (Keeney et al., 2010)                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                        |

En cuanto a la asociación entre los componentes afectivo y conductual hacia el VIH/SIDA, se ha encontrado que los sentimientos y emociones hacia esta enfermedad

afectan la disposición para trabajar con personas que tengan el diagnóstico (Chauhan et al., 2011; Juan et al., 2004; Pita-Fernández et al., 2004; Tešić et al., 2006). Uribe & Orcasita (2011) encontraron que incluso algunas personas han planteado dejar el trabajo por miedo a contraer el VIH/SIDA y han modificado sus conductas para prevenir la enfermedad; por ejemplo compartir el baño con personas que tienen VIH (ver Tabla 16).

Tabla 16

*Asociación entre los componentes, afectivo y el componente conductual hacia el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer*

| VIH/SIDA                                                                                                                                        | Cáncer                                                                                                                                                                        | Alzheimer                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - Miedo a contraer el VIH afecta la disposición para tratar a pacientes con VIH (Tešić et al., 2006).                                           | - Miedo, fatalismo y pesimismo disminuyen las conductas de prevención del cáncer (Dein, 2004; Odusanya & Tayo, 2001).                                                         | - Miedo a tener la enfermedad influye en la búsqueda de ayuda profesional de forma negativa (Comer & Bond, 2004).                   |
| - Profesionales de la salud (enfermeras) consideran dejar el trabajo por miedo a contraer el VIH/SIDA (Juan et al., 2004).                      | - Actitudes negativas hacia el cáncer impiden revelar diagnóstico a sus familiares, amigos, etc. (Cho et al., 2013).                                                          | - Miedo a ser estigmatizado tras el diagnóstico influye en la búsqueda de ayuda profesional de forma negativa (Comer & Bond, 2004). |
| Actitud negativa se evidencia en el miedo al contagio y la evitación de ciertas conductas como:                                                 | - Actitudes positivas hacia la enfermedad y mayor percepción de riesgo se asocian de forma positiva con la realización del autoexamen (Alwan et al., 2012).                   |                                                                                                                                     |
| - Compartir el baño con personas con VIH (Uribe & Orcasita, 2011).                                                                              | - Mujeres con una actitud positiva hacia la prevención y una percepción de riesgo mayor son más propensas a aceptar los métodos de detección temprana (Sudenga et al., 2013). |                                                                                                                                     |
| - Prácticas de cuidado a pacientes con la enfermedad (Chauhan et al., 2011; Pita-Fernández et al., 2004).                                       |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                     |
| Los Actitud positiva hacia el VIH/SIDA se evidencia mediante la búsqueda de información sobre la prevención del virus (Uribe & Orcasita, 2011). |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                     |

Adicionalmente, Uribe y Orcasita (2011) reportaron que algunos profesionales de la salud tienen actitudes positivas hacia la enfermedad que se evidencian en la búsqueda de información sobre las formas de prevención del VIH/SIDA, lo cual tiene un impacto en los conocimientos que se tienen sobre la enfermedad y la atención a personas que conviven con el VIH/SIDA (ver Tabla 16).

**Cáncer.** Con respecto a la asociación entre los componentes cognoscitivo y afectivo de las actitudes hacia el cáncer, la literatura mostró que aquellas personas que creen que la enfermedad es el resultado de un castigo de Dios o Alá por su mal comportamiento, sienten culpa de tener la enfermedad (Muhbies & Sheren Al-Doski, 2010). Además, algunos autores manifestaron que el miedo al cáncer se debe a creer que la enfermedad es mortal, intratable o incurable (Elmubarak et al., 2005; Jones, 2015; Luquis & Cruz, 2006) (ver Tabla 14).

La asociación entre los componentes cognoscitivo y conductual de las actitudes hacia el cáncer, indica que los conocimientos y las creencias afectan las prácticas de prevención del cáncer de seno (Sudenga et al., 2013) como el autoexamen (Alharbi et al., 2012; Alwan et al., 2012; Anagnostopoulos & Spanea, 2005). Por su parte, Okobia et al. (2006) encontraron en su estudio que las mujeres con mayores conocimientos sobre el cáncer de seno eran más propensas a aceptar la mastectomía como una forma de tratamiento en comparación con las mujeres con menores conocimientos (ver Tabla 15).

En este sentido, Breslow et al. (1997) encontraron que el conocimiento es un factor predictor para que se presente un cambio conductual. De igual forma, se evidencia que el conocimiento sobre la enfermedad y las creencias culturales influyen en el tipo de tratamiento que se busque (Ashing-Giwa et al., 2004; Dein, 2004; Die Trill, 2003; Okobia

et al., 2006). Al respecto, Ashing-Giwa et al. (2004) hallaron que algunas participantes mencionaban que las mujeres que se realizaban una mastectomía eran vistas como incompletas. Adicionalmente, Kowalkowski et al. (2012) indicaron que tener información sobre antecedentes de cáncer en la familia no garantiza la ejecución de medidas de prevención y detección temprana de la enfermedad. Así mismo, Keeney et al. (2010) encontraron que las personas que tienen menores niveles de conocimientos sobre los signos y síntomas del cáncer reportan no poder hacer nada por cambiar sus comportamientos en relación con la enfermedad (ver Tabla 15).

Por otra parte, Die Trill (2003) destacó el hecho de que algunas personas encuentran el diagnóstico oncológico como una forma de salvación “*espiritual*” que conlleva a cambios positivos en el estilo de vida para los individuos, por ejemplo cambios en los hábitos de alimentación y sueño, y reducción en las fuentes de estrés (Ashing-Giwa et al., 2004). Estos individuos describen el cáncer como una opción para redescubrir aspectos de sus vidas antes olvidados y fortalecer las relaciones interpersonales (Ashing-Giwa et al., 2004); en cambio, hay personas que experimentan el diagnóstico y proceso oncológico como algo negativo que produce incapacidad y deterioro, así como cambios en las relaciones íntimas y en los roles dentro de la familia (Ashing-Giwa et al., 2004) (ver Tabla 15)

La asociación entre los componentes afectivo y conductual hacia el cáncer muestra que actitudes negativas hacia la enfermedad afectan de forma negativa la comunicación del diagnóstico a otros (Cho et al., 2013) y la realización del autoexamen de seno (Dein, 2004). En consistencia con lo anterior, (Sudenga et al., 2013) encontraron que una actitud

positiva hacia la prevención conlleva al uso de métodos de detección temprana de la enfermedad, como el autoexamen (Alwan et al., 2012) (ver Tabla 16).

**Alzheimer.** La asociación entre los componentes cognoscitivo y afectivo de las actitudes hacia la enfermedad de Alzheimer mostró que las personas que tienen creencias acerca de las formas de prevenir la enfermedad (actividades de estimulación cerebral, evitar el estrés y mantenerse activo) tienden a culparse o a culpar a otros de tener la enfermedad (L. N. Anderson et al., 2011) (ver Tabla 14).

De igual forma, los resultados del estudio de Roberts et al. (2014) mostraron que la población que cree que algún día desarrollará la enfermedad de Alzheimer expresan una preocupación bastante alta por esta posibilidad (ver Tabla 14).

Por otra parte, Blay y Peluso (2010) encontraron que las creencias respecto a las causas que se atribuyen al desarrollo de la enfermedad (psicosociales (problemas familiares, desempleo, estrés, etc.), religiosas (Dios, falta de fe, etc. etc.) o biológicas (problemas cerebrales, genéticos, etc.) se vinculan con la valencia de la actitud (positiva o negativa) hacia la enfermedad. Por ejemplo, estos autores mencionaron que si las creencias sobre las causas de la enfermedad se refieren a los problemas psicosociales, las actitudes hacia la enfermedad son menos negativas. Por su parte, Corner y Bond (2004) hallaron que, a pesar de que todos los participantes en su estudio compartían creencias sobre la enfermedad de Alzheimer, algunos se sentían más ansiosos sobre la posibilidad de que ellos mismos o sus familiares desarrollen la enfermedad (ver Tabla 14).

En cuanto a la asociación entre los componentes cognoscitivo y conductual, se encontró que las creencias y conocimientos sobre la enfermedad influyen en las conductas de prevención (L. N. Anderson et al., 2011; Lee et al., 2009). Al respecto, L. N. Anderson

et al. (2011) encontraron que después de que los participantes leían información sobre las formas de prevenir la enfermedad de Alzheimer (ejercicios de estimulación cerebral como el crucigrama) el interés en la participación de conductas preventivas aumentaba. Adicionalmente, Adamson (2001) halló que la falta de conocimientos sobre la enfermedad y la presentación de los síntomas conllevan a la falta de consulta profesional y a dificultades en el acceso a los tratamientos. Así mismo, se encontró que los cambios en el estilo de vida están asociados con las creencias que las personas tienen sobre la enfermedad de Alzheimer (Low & Anstey, 2009) (ver Tabla 15).

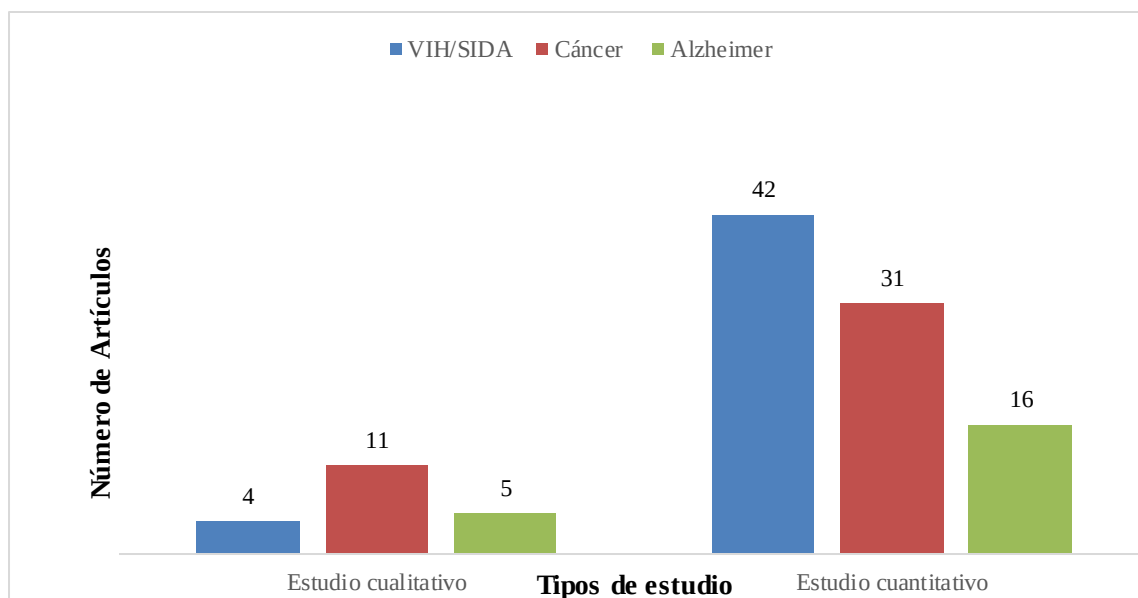
Respecto a la asociación entre los componentes afectivo y cognoscitivo de las actitudes hacia la enfermedad de Alzheimer, se encontró que las personas no buscan ayuda profesional por el miedo, tanto a ser diagnosticados con la enfermedad como a ser estigmatizados si llegaran a ser diagnosticados (Corner & Bond, 2004) (ver Tabla 16).

### **Tendencias predominantes en el tipo de investigación sobre las actitudes hacia el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer**

La investigación cuantitativa predomina en el estudio de las actitudes hacia las tres enfermedades objeto de interés de la presente revisión. Los estudios cualitativos se realizaron especialmente para la exploración de actitudes hacia el cáncer (ver Figura 1).

En particular, se observa que para el VIH/SIDA, la mayor cantidad de estudios de tipo cuantitativo acerca de las actitudes hacia la enfermedad tuvo lugar en los años 2004, 2005 y 2012. Respecto al cáncer, para este mismo tipo de estudios, se observa un aumento sustancial en el año 2010. En relación con la enfermedad de Alzheimer, la mayor cantidad de estudios cuantitativos se publicaron en el año 2009 (ver Tabla 17).





*Figura 1.* Tipo de investigación para el estudio de las actitudes hacia el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer

Respecto al VIH/SIDA se analizaron cuatro estudios de tipo cualitativo en los años 2005, 2007, 2009 y 2010. En relación al cáncer la mayor cantidad de estudios de tipo cualitativo se dieron en los años 2004 y 2011, no obstante, también se encontraron investigaciones de este tipo en los años 2003, 2006, 2008, 2009, 2012, 2014 y 2015. Similar a esto, para la enfermedad de Alzheimer se señala un estudio cualitativo en el año 2001 y dos en 2004 y 2009 (ver Tabla 17)

Tabla 17

*Tendencias predominantes en el tipo de investigación sobre las actitudes hacia el VIH/SIDA, el cáncer y el Alzheimer*

| Año                                  | Tipo de estudio     |        |           |                      |        |           |
|--------------------------------------|---------------------|--------|-----------|----------------------|--------|-----------|
|                                      | Estudio Cualitativo |        |           | Estudio cuantitativo |        |           |
|                                      | Enfermedad          |        |           | Enfermedad           |        |           |
|                                      | VIH/SIDA            | Cáncer | Alzheimer | VIH/SIDA             | Cáncer | Alzheimer |
| 1995                                 |                     |        |           |                      |        |           |
| 1996                                 |                     |        |           | 1                    |        |           |
| 1997                                 |                     |        |           |                      | 1      |           |
| 1998                                 |                     |        |           | 1                    |        |           |
| 1999                                 |                     |        |           | 2                    |        |           |
| 2000                                 |                     |        |           | 2                    |        | 1         |
| 2001                                 |                     |        | 1         | 1                    | 1      |           |
| 2002                                 |                     |        |           | 1                    |        |           |
| 2003                                 |                     | 1      |           |                      | 1      | 1         |
| 2004                                 |                     | 2      | 2         | 6                    | 1      | 1         |
| 2005                                 | 1                   |        |           | 5                    | 2      |           |
| 2006                                 |                     | 1      |           | 3                    | 2      |           |
| 2007                                 | 1                   |        |           | 2                    | 2      | 2         |
| 2008                                 |                     | 1      |           | 3                    | 1      |           |
| 2009                                 | 1                   | 1      | 2         | 2                    |        | 3         |
| 2010                                 | 1                   |        |           | 3                    | 7      | 2         |
| 2011                                 |                     | 2      |           | 3                    | 2      | 2         |
| 2012                                 |                     | 1      |           | 4                    | 4      | 1         |
| 2013                                 |                     |        |           | 1                    | 3      | 2         |
| 2014                                 |                     | 1      |           | 2                    | 4      | 1         |
| 2015                                 |                     | 1      |           |                      |        |           |
| Total Tipo de estudio por enfermedad | 4                   | 11     | 5         | 42                   | 31     | 16        |
| Total Tipo de estudio                |                     |        | 20        |                      |        | 89        |

### **Discusión y conclusiones**

Los resultados de esta revisión de la literatura permiten afirmar que las actitudes hacia el VIH/SIDA, el cáncer y la enfermedad de Alzheimer parecen estar afectadas por variables sociodemográficas como la edad, el género, el nivel educativo, el estado civil, la cultura, la religión, entre otras. Estos hallazgos son relevantes ya que permiten dar cuenta de variables mediadoras que podrían llegar a influir en las formas de evaluar, interpretar y afrontar las enfermedades. No obstante, los antecedentes empíricos sobre estas relaciones son escasos, la mayoría de las veces su alcance es tan solo descriptivo y si se presentan correlaciones, no se establece la direccionalidad de las mismas. Por consiguiente, este aspecto amerita mayor investigación.

Llama la atención que en lo referente a los aspectos sociodemográficos, ninguno de los artículos, tuvo en cuenta la orientación sexual como un factor que pudiese relacionarse con las actitudes hacia las tres enfermedades. En particular, parece interesante la ausencia de esta variable en estudios relacionados con las actitudes hacia el VIH/SIDA, ya que las creencias sobre las causas de esta enfermedad se relacionan con la homosexualidad. Puede ser pertinente considerar el estudio de la asociación de esta variable sociodemográfica con los tres componentes de las actitudes no solo hacia el VIH/SIDA sino hacia las tres enfermedades

Los tres componentes del modelo tripartito de las actitudes hacia el VIH/SIDA, el cáncer y la enfermedad de Alzheimer pudieron ser identificados y descritos de manera particular. Sin embargo, se puede resaltar que la mayor parte de las investigaciones revisadas se centran en las creencias, los conocimientos hacia cada enfermedad y las prácticas de prevención y detección temprana. En general, se mencionan de manera

superficial las actitudes hacia las tres enfermedades en términos de la valencia (positiva o negativa). De hecho, de los 109 documentos revisados solo uno, tesis de maestría de Dihigo (2008), elaboró su marco conceptual desde la teoría de la estructura de las actitudes hacia el VIH/SIDA. No obstante, los resultados de ese estudio no profundizaron en los tres componentes de las actitudes hacia esta enfermedad.

En este sentido, en ninguno de los artículos revisados se establece la relación entre los componentes cognoscitivo, afectivo y conductual de las actitudes lo que permitiría dar cuenta de su estructura. Al respecto, cabe resaltar el planteamiento de Reyes Rodríguez (2007) que destaca la importancia del abordaje de las actitudes desde el modelo tripartito por incluir varios factores del individuo que facilitan u obstaculizan la presentación de determinada conducta.

En relación con el componente cognoscitivo, efectivamente la literatura se centra en conocimientos y creencias de las personas hacia las tres enfermedades de interés en este estudio y en coherencia con los planteamientos de Carratalá et al. (2013), Dein (2004) y Lee et al. (2009), se puede concluir que ambos afectan el desarrollo de conductas de prevención primaria, de detección precoz, la búsqueda de ayuda profesional o la elección del tratamiento.

Adicionalmente, se encontró que la cultura e incluso algunos grupos étnicos son factores que se asocian con las creencias sobre las enfermedades estudiadas (Ahmed et al., 2009; Die Trill, 2003; Lee et al., 2009; Majdi et al., 2011; Petro-Nustas et al., 2002; Vanegas et al., 2008), razón por la cual el contexto cultural es una variable que debe considerarse sin excepción en la comprensión de las actitudes hacia el cáncer, el VIH/SIDA y la enfermedad de Alzheimer. Al respecto, Die Trill (2003) encontró que las

creencias asociadas a las causas del cáncer, se encuentran influidas por factores culturales como creencias erróneas e ilógicas acerca de las causas del cáncer, así, la transmisión de la cultura de generación en generación, puede explicar, en parte “por qué algunos tibetanos emplean minerales molidos para tratar el cáncer mientras que en otras culturas las personas ahuyentan los malos espíritus que invaden el cuerpo del enfermo o acuden a centros especializados en oncología para controlar la enfermedad” (p. 40). En congruencia con esto, un estudio conducido por Vanegas, Chaves, & Beltrán (2008) acerca de las creencias sobre el tratamiento del cáncer en una institución de salud en Bogotá-Colombia concluyó que, entre pacientes de cáncer de próstata y cuello uterino, se presentan prácticas de tratamientos complementarios, fundamentados en creencias populares como la fe, los milagros, el uso de plantas y sustancias provenientes de animales y que, por tanto, los aspectos culturales son factores que “influyen de una u otra forma, la manera en que las personas enfrentan el diagnóstico, la enfermedad, la evolución y la curación” (P. 70). Por su parte, Lee et al. (2009) reconocen que las personas coreo americanas tienen ideas erróneas sobre la enfermedad de Alzheimer, en parte, debido a “la norma cultural asiática de “ocultar la cara”, la cual considera que exponer eventos que son considerados como negativos es vergonzoso y por tanto se evita hablar de estas situaciones en público” (P. 70).

En el componente afectivo se encontró que en las tres enfermedades hay emociones y sentimientos tanto positivos como negativos que se asocian con los conocimientos y creencias que se tienen sobre ellas y que influyen en las conductas de prevención, detección temprana de la enfermedad, elección de tratamiento, búsqueda de ayuda profesional y trato a las personas que conviven con el VIH/SIDA, el cáncer o la

enfermedad de Alzheimer. Lo anterior es coherente con algunos de los modelos de la Psicología Social y de la Salud que han permitido estudiar el comportamiento, como la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein & Ajzen, 1975) y la Teoría de la Acción Planeada (Ajzen, 2003) pues tal y como lo afirman (Asensio & Carpi, 2001) incluyen diversos factores que intervienen en el inicio, el mantenimiento y la finalización de una conducta. (Asensio & Carpi, 2001) plantean que los factores de los cuales se habla en los modelos de la Psicología Social y de Psicología de la Salud antes planteados, se pueden dividir en dos grandes grupos:

1. Psicológicos, en los cuales estarían las actitudes
2. Sociales, en donde estarían las normas impuestas por la sociedad y la cultura en la cual el individuo se encuentra inmerso.

Esta es una muestra de la forma en que interactúan los tres componentes de las actitudes del modelo tripartito en un determinado contexto sociocultural.

Respecto al componente conductual, se encuentran intenciones conductuales referentes al posible diagnóstico, es decir conductas que las personas creen que llevarían a cabo si son diagnosticadas con VIH/SIDA, cáncer o la enfermedad de Alzheimer y conductas de prevención hacia las tres enfermedades. De hecho, se encontró que las investigaciones hacia éstas resaltan el porcentaje de personas que estarían dispuestas a:

1. Buscar ayuda profesional en caso de ser diagnosticadas (Renée L. Beard, 2004; Jaiswal et al., 2005; Osime et al., 2008)
2. Realizar conductas para prevenir la enfermedad, aún si no son efectivas, por ejemplo: Evitar el contacto sexual para evitar contagiarse de VIH/SIDA (Jaiswal et al., 2005) y abstenerse de la aplicación de la vacuna contra el Virus Papiloma Humano por

creer que se está en bajo riesgo de desarrollar la enfermedad o por miedo a los efectos secundarios de la vacuna (Yilmazel & Duman, 2014)

3. Realizar conductas basadas en información que no ha sido validada científicamente, por ejemplo: Realizar actividades de estimulación cerebral (L. N. Anderson et al., 2011) o consumir vitaminas y suplementos alimenticios (Roberts et al., 2014).

El equilibrio entre los componentes cognoscitivo y afectivo es fundamental para que las personas realicen conductas preventivas (Kowalkowski et al., 2012) hacia las tres enfermedades. Investigaciones como ésta son relevantes y pertinentes en tanto permiten describir la estructura de las actitudes hacia el VIH/SIDA, el cáncer y la enfermedad de Alzheimer a través de los componentes cognoscitivo, afectivo y conductual. En correspondencia con esto, Tešić et al. (2006) hallaron que a mayor información sobre las formas de transmisión del VIH/SIDA y una actitud más positiva hacia la enfermedad, hay mayor disposición para acceder a tratamientos para ésta lo cual refleja la importancia de poner en evidencia la relación entre los componentes de las actitudes hacia las enfermedades.

Adicionalmente, en esta revisión de la literatura se observan cambios en los intereses de investigación sobre las actitudes hacia cada una de las tres enfermedades. Un aspecto en común es el predominio de estudios de tipo cuantitativo, lo cual puede deberse a la necesidad de obtener conclusiones validadas científicamente a través de instrumentos estandarizados y análisis estadísticos que respondan a las necesidades planteadas desde el área de la salud pública, la cual ha buscado obtener información acerca de factores

relacionados con la prevención de las enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 2008) con el objetivo de generalizar los resultados.

Sin embargo, los estudios cualitativos o mixtos (cuantitativos y cualitativos) tienen otro tipo de alcance dentro de la Psicología, y pueden permitir conocer otros aspectos que los datos puramente estadísticos no alcanzan a describir. A partir de lo anterior, sería muy interesante poder establecer por qué se piensan, se sienten y se hacen ciertas cosas en relación al VIH/SIDA, el cáncer y la enfermedad de Alzheimer desde un marco conceptual de la Psicología Social.

También se observan cambios en el objetivo de las investigaciones a lo largo del tiempo. Con respecto al estudio de las actitudes y el VIH/SIDA se observa un interés actual por el estudio de las actitudes hacia las personas que conviven con la enfermedad, razón por la cual se amplió el rango de años de búsqueda para cumplir con los objetivos planteados para este estudio, en un primer momento el rango era entre los años 2005 - 2015 y posteriormente se amplió desde el año 1995 hasta el 2015.

La mayor parte de los artículos revisados sobre esta enfermedad hacen uso del instrumento creado por la Organización Mundial de Salud en 1988 para evaluar conocimientos, actitudes, creencias y prácticas respecto al VIH/SIDA. Este instrumento es un cuestionario estructurado en el cual se miden cuatro áreas:

1. Aspectos sociodemográficos (edad, educación, sexo, ocupación, estado civil y nivel socioeconómico) (Majdi et al., 2011, p. 907)
2. Conocimientos (generales, sobre el diagnóstico, sobre las formas de transmisión y sobre el tratamiento) (Majdi et al., 2011, p. 907) y fuentes de información sobre el VIH/SIDA



3. Actitudes y creencias sobre los pacientes con VIH/SIDA (Majdi et al., 2011, p. 907)

4. Prácticas hacia el VIH y hacia las personas con la enfermedad (Rashed Al-Owaish et al., 1999, p. 165),

Sin embargo no hay ningún modelo teórico que lo respalde o por lo menos que se haga explícito en los documentos disponibles al respecto. Esto hace que los resultados obtenidos en los diversos estudios sean comparables en la mayor parte de los casos. No obstante, puede considerarse la necesidad de ampliar el conocimiento mediante el uso de otros instrumentos y otros tipos y diseño de investigación que permitan abordar otros aspectos e hipótesis. Llama la atención que haya quedado en el pasado el estudio de las actitudes hacia la enfermedad propiamente dicha. ¿Se consideró en su momento que el conocimiento se había saturado? Si creencias, conocimientos, afecto están implicados en la conducta hacia esta enfermedad y la pandemia continúa sin control, ¿qué función cumple tener el conocimiento que se obtuvo? Es claro que la investigación médica y farmacológica sobre el VIH/SIDA ha favorecido el hallazgo y uso de tratamientos cada vez más efectivos para la prevención y el manejo de esta infección. Precisamente por esto, cabe preguntarse si esos cambios han afectado la actitud que se tiene hacia ella. ¿Si ahora es una enfermedad crónica con una mortalidad francamente menor que hace 20 o 30 años, la actitud hacia ella es diferente? ¿La transmisión del virus por contacto sexual continúa favoreciendo las actitudes que se tenían años atrás hacia el VIH/SIDA? El comportamiento epidemiológico demuestra que la población de personas heterosexuales con VIH es cada vez mayor, ¿ha cambiado la actitud hacia la enfermedad al no ser considerada exclusiva de la población homosexual?

En cuanto a las actitudes y el cáncer, la mayor parte de las investigaciones revisadas enfatizaron en el estudio de las actitudes hacia ciertos tipos de cáncer (seno, cérvix y colon) limitando de esta forma el estudio de las actitudes hacia la enfermedad en general. No obstante, esto es comprensible pues la diversidad en el comportamiento de los diferentes tipos de cáncer y la alta prevalencia de algunos sin duda ha generado un interés particular de los investigadores en ellos. De igual forma, se observa que existe predominio de las investigaciones que hacen énfasis en los conocimientos, creencias, sentimientos y emociones relacionados con las prácticas de prevención y detección temprana de la enfermedad. Esto es coherente con la tendencia mundial hacia la prevención del cáncer que ha sido una enfermedad históricamente temida y cuyos costos económicos, sociales, etc. han sido altos debido al alarmante comportamiento epidemiológico representado en altas cifras de morbilidad y mortalidad (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015a). De hecho, en 2008, la Organización Panamericana de la Salud propuso el plan de acción para el control del cáncer 2008-2015 bajo el lema “prevenir lo que es prevenible...”. Sus objetivos se ven claramente reflejados en la tendencia de los estudios revisados:

1. Reducir la exposición de la población a los riesgos para el cáncer
2. Mejorar los servicios de salud en niveles primario, secundario y terciario a través de programas de prevención y detección precoz de algunos tipos de cáncer como el de cérvix, el de seno y el colorrectal (PAHO, 2008).

Esta es una visión de la salud pública que ha sido acogida en el mundo pero que especialmente interesa a médicos y enfermeros por lo que posiblemente la visión psicológica de las actitudes no ha sido de particular relevancia y posicionamiento.

Con respecto a la enfermedad de Alzheimer se observa un interés actual en el Síndrome de Sobrecarga del Cuidador y en las actitudes de los cuidadores y de la población en general hacia los pacientes con la enfermedad. Sin embargo, las actitudes hacia la enfermedad han sido poco estudiadas.

Los resultados de esta revisión de la literatura, reflejan el uso indiscriminado del término “actitudes” por parte de los profesionales de la salud y de las ciencias sociales a través del uso de marcos conceptuales que no precisan la perspectiva que están empleando en sus investigaciones y que con poca frecuencia dan cuenta del concepto de actitud desde las teorías de la Psicología Social. La utilización frecuente del término actitudes ha llevado a hablar de estas en términos de la valencia positiva o negativa, sin aclararse la forma en la cual se determinan tales valores.

En este sentido, se puede mencionar el estudio realizado por Schernhammer et al. (2010) a través del cual se buscaba evaluar el conocimiento, las actitudes y las conductas hacia varios aspectos del cáncer y el cual evidencia que la falta de un marco conceptual de las actitudes puede llegar a afectar la forma en la cual se interpretan los resultados. Al respecto, estos autores mencionaron que el grupo de personas más jóvenes del estudio (entre los 15 y los 34 años) cree que el tabaquismo y la exposición al sol son las principales causas del cáncer, sin embargo, se debe mencionar que la comprensión de estos aspectos evidencia una confusión entre el conocimiento que hay sobre las causas de la enfermedad y las creencias sobre las causas de ésta.

En referencia al componente afectivo llama la atención que se hace referencia al optimismo hacia el pronóstico del cáncer (McCaffery et al., 2003) y del Alzheimer (Low & Anstey, 2009). Sin embargo, ninguno de los autores precisa a qué se refieren con ello.

Por otro lado, esta revisión de la literatura permitió establecer que predomina la actitud negativa (en términos generales de la valencia de la actitud) hacia las tres enfermedades.

Las diferencias en las actitudes hacia ellas se encuentran principalmente en el componente cognoscitivo, en donde predominan diversidad de creencias acerca de las causas y factores asociados al desarrollo o adquisición de la enfermedad. Por ejemplo, en el caso del VIH/SIDA, conductas consideradas “inmorales” o no aceptadas socialmente son factores que influyen en la adquisición de la enfermedad. En el cáncer, llevar a cabo conductas de riesgo influye en el desarrollo de la enfermedad. Y en la enfermedad de Alzheimer, la edad es considerada un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad siendo los adultos mayores la población en mayor riesgo.

En síntesis, esta revisión de la literatura permitió comprobar que la investigación sobre las actitudes depende del marco teórico que cada investigador asuma, que con frecuencia no se declara cuál es, y que el desarrollo de estudios en referencia a la estructura de las actitudes hacia el VIH/SIDA, el cáncer y la enfermedad de Alzheimer ha sido nulo hasta el momento o por lo menos no se hace explícito en las investigaciones. Estudiar las actitudes desde el modelo tripartito puede ser útil para comprenderlas pero también para modificarlas tras la detección del componente o componentes de mayor predominio.

Finalmente, se observa que las investigaciones sobre las actitudes hacia estas enfermedades son escasas en Latinoamérica, lo cual se evidencia en la revisión y selección de artículos pertinentes para este trabajo. Así mismo, se evidencia que los principales estudios realizados sobre las actitudes se llevan a cabo por otros profesionales ya sea de la salud o de otras disciplinas diferentes a la Psicología, lo cual se refleja en el predominio

de publicaciones de otras especialidades como medicina y enfermería. Por lo tanto, se recomienda plantear investigaciones con una perspectiva psicológica de las actitudes, específicamente basada en el modelo tripartito que permita adquirir una comprensión mayor de la estructura de las mismas y realizar los respectivos aportes a una visión interdisciplinaria del problema. Igualmente, se considera pertinente elaborar otro tipo de instrumentos para esta evaluación de las actitudes y de su estructura en las tres dimensiones del modelo mencionado.

Se reconoce que esta revisión de la literatura tiene limitaciones. Solo se revisaron los productos contenidos en algunas bases de datos y aquellos en texto completo por lo que un número desconocido de artículos quedó sin ser analizado.

### Referencias

- Adamson, J. (2001). Awareness and understanding of dementia in African/Caribbean and South Asian families. *Health & social care in the community*, 9(6), 391–396.
- Agrawal, H. K., Rao, R. S. P., Chandrashekar, S., & Coulter, J. B. S. (1999). Knowledge of and attitudes to HIV/AIDS of senior secondary school pupils and trainee teachers in Udupi District, Karnataka, India. *Annals of Tropical Paediatrics*, 19(2), 143-149. <http://doi.org/10.1080/02724939992464>
- Ahmed, S. I., Hassali, M. A., & Aziz, N. A. (2009). An Assessment of the Knowledge, Attitudes, and Risk Perceptions of Pharmacy Students Regarding HIV/AIDS. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 73(1), 1-7.
- Ajzen, I. (2003). Theory of Planned Behavior. *Social psychology volume 1: Social cognition and social perception*, 347–377.
- Akansel, N., Aydin, N., Özdemir, A., & Töre, O. (2012). Effects of Planned HIV/AIDS Education on Attitudes towards AIDS in Beginning Level Nursing Students. *International Journal of Caring Sciences*, 5(1), 56-65.
- Alharbi, N. A., Alshammari, M. S., Almutairi, B. M., Makhoul, G., & El-Shazly, M. K. (2012). Knowledge, awareness, and practices concerning breast cancer among Kuwaiti female school teachers. *Alexandria Journal of Medicine*, 48(1), 75-82. <http://doi.org/10.1016/j.ajme.2011.10.003>
- Ali-Risasi, C., Mulumba, P., Verdonck, K., Broeck, D. V., & Praet, M. (2014). Knowledge, attitude and practice about cancer of the uterine cervix among women living in Kinshasa, the Democratic Republic of Congo. *BMC women's health*, 14(1), 30.

- Al-Mazrou, Y. Y., Abouzeid, M. S., & Al-Jeffri, M. H. (2005). Impact of health education on knowledge and attitudes of Saudi paramedical students toward HIV/AIDS. *Saudi Medical Journal*, 26(11), 1788-1795. <http://doi.org/10.15537/5585>
- Al-Rabeei, N. A., Dallak, A. M., & Al-Awadi, F. G. (2012). Knowledge, attitude and beliefs towards HIV/AIDS among students of health institutes in Sana'a city. *EMHJ*, 18(3). Recuperado a partir de [http://applications.emro.who.int/emhj/v18/03/18\\_3\\_2012\\_0221\\_0226.pdf](http://applications.emro.who.int/emhj/v18/03/18_3_2012_0221_0226.pdf)
- Al-Serouri, A. W., Anaam, M., Al-Iryani, B., Deram, A. Al, & Ramarason, S. (2010). AIDS awareness and attitudes among Yemeni young people living in high-risk areas. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 16(3), 242-50.
- Alwan, N. A. S., Al-Diwan, J. K. A., Al-Attar, W. M., & Eliessa, R. A. (2012). Knowledge, attitude & practice towards breast cancer & breast self examination in Kirkuk University, Iraq. *Asian Pacific Journal of Reproduction*, 1(4), 308-311. [http://doi.org/10.1016/S2305-0500\(13\)60098-6](http://doi.org/10.1016/S2305-0500(13)60098-6)
- Anagnostopoulos, F., & Spanea, E. (2005). Assessing illness representations of breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(4), 327-334. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.09.011>
- Anderson, L. A., Day, K. L., Beard, R. L., Reed, P. S., & Wu, B. (2009). The Public's Perceptions About Cognitive Health and Alzheimer's Disease Among the U.S. Population: A National Review. *The Gerontologist*, 49(S1), S3-S11. <http://doi.org/10.1093/geront/gnp088>

- Anderson, L. N., McCaul, K. D., & Langley, L. K. (2011). Common-sense beliefs about the prevention of Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*, 15(7), 922-931. <http://doi.org/10.1080/13607863.2011.569478>
- Asensio, A. B., & Carpi, A. (2001). La predicción de la conducta a través de los constructos que integran la teoría de acción planeada. *REME*, 4(7), 3.
- Ashing-Giwa, K. T., Padilla, G., Tejero, J., Kraemer, J., Wright, K., Coscarelli, A., ... Hills, D. (2004). Understanding the breast cancer experience of women: a qualitative study of African American, Asian American, Latina and Caucasian cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13(6), 408-428.
- Asuzu, C. C., Unegbu, J., & Akin-odanye, E. (2012). Knowledge, attitude and behaviour of the University of Ibadan women towards cancer of the cervix and its prevention: KAP of university women towards cancer. *Psycho-Oncology*, 21(9), 1010-1015. <http://doi.org/10.1002/pon.2007>
- Ayalon, L. (2013). Re-examining ethnic differences in concerns, knowledge, and beliefs about Alzheimer's disease: results from a national sample: Concerns, knowledge, and beliefs about Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(12), 1288-1295. <http://doi.org/10.1002/gps.3959>
- Ayalon, L., & Areán, P. A. (2004). Knowledge of Alzheimer's disease in four ethnic groups of older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(1), 51-57. <http://doi.org/10.1002/gps.1037>
- Ayranci, U. (2005). AIDS knowledge and attitudes in a Turkish population: An epidemiological study. *BMC Public Health*, 5. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-5-95>



- Baytner-Zamir, R., Lorber, M., & Hermoni, D. (2014). Assessment of the knowledge and attitudes regarding HIV/AIDS among pre-clinical medical students in Israel. *BMC research notes*, 7(1), 168.
- Beard, R. L. (2004). In their voices: Identity preservation and experiences of Alzheimer's disease. *Journal of Aging Studies*, 18(4), 415-428.  
<http://doi.org/10.1016/j.jaging.2004.06.005>
- Beard, R. L., Fetterman, D. J., Wu, B., & Bryant, L. (2009). The Two Voices of Alzheimer's: Attitudes Toward Brain Health by Diagnosed Individuals and Support Persons. *The Gerontologist*, 49(S1), S40-S49.  
<http://doi.org/10.1093/geront/gnp083>
- Blay, S. L., & Peluso, E. T. P. (2010). Public stigma: the community's tolerance of Alzheimer disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(2), 163-171.
- Bordens, K., & Horowitz, I. (2000). Attitudes. En *Social Psychology* (pp. 175-213). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Breslow, R. A., Sorkin, J. D., Frey, C. M., & Kessler, L. G. (1997). Americans' knowledge of cancer risk and survival. *Preventive Medicine*, 26(2), 170-177.
- Carratalá, E., Espada, J. P., & Orgilés, M. (2013). Conocimientos y actitudes hacia el VIH/SIDA: diferencias entre adolescentes españoles con padres casados y divorciados. *Salud mental*, 36(5), 387-391.
- Chauhan, A. S., Hussain, M. A., Pati, S., Nallala, S., & Mishra, J. (2011). Knowledge and attitudes related to HIV/AIDS among medical and allied health sciences students. *Indian Journal of Community Health*, 23(2), 96-98.

- Chew, B. ., & Cheong, A. . (2012). Assessing HIV/AIDS Knowledge and Stigmatizing Attitudes among Medical Students in Universiti Putra Malaysia C. 68, 1, 24-29.
- Cho, J., Smith, K., Choi, E.-K., Kim, I.-R., Chang, Y.-J., Park, H.-Y., ... Shim, Y. M. (2013). Public attitudes toward cancer and cancer patients: a national survey in Korea: Public attitudes toward cancer patients. *Psycho-Oncology*, 22(3), 605-613. <http://doi.org/10.1002/pon.3041>
- Connell, C. M., Roberts, J. S., McLaughlin, S. J., & Akinleye, D. (2009). Racial differences in knowledge and beliefs about Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 23(2), 110–116.
- Corner, L., & Bond, J. (2004). Being at risk of dementia: Fears and anxieties of older adults. *Journal of Aging Studies*, 18(2), 143-155. <http://doi.org/10.1016/j.jaging.2004.01.007>
- Damelin, B., Bessudom-Manor, N., Amikam, Y., & Zenilman, J. M. (2006). «Getting AIDS: Not in My Back Yard.» Results from a National Knowledge, Attitudes and Practices survey. *Age (yrs)*, 18(24), 25–34.
- Dandash, K. F., & Al-Mohaimeed, A. (2007). Knowledge, attitudes, and practices surrounding breast cancer and screening in female teachers of Buraidah, Saudi Arabia. *International journal of health sciences*, 1(1), 61.
- Dávila, M. E., Tagliaferro, A. Z., Bullones, X., & Daza, D. (2008). Nivel de Conocimiento de Adolescentes sobre VIH/SIDA. (Spanish). *Adolescents' level of knowledge about HIV/AIDS. (English)*, 10(5), 716-722.
- de Cañete, J. M. S. F. (2007). Cuidados paliativos en enfermos terminales. *Seminario médico*, 59(1), 36-49.

Dein, S. (2004). Explanatory models of and attitudes towards cancer in different cultures.

*The lancet oncology*, 5(2), 119–124.

Del Castillo, A., Godoy-Izquierdo, D., Vázquez, M. L., & Godoy, J. F. (2011). Illness

Beliefs About Cancer Among Healthy Adults Who have and have not Lived with Cancer Patients. *International Journal of Behavioral Medicine*, 18(4), 342-351.

<http://doi.org/10.1007/s12529-010-9141-6>

Die Trill, M. (2003). Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. *Psicooncología*,

(1), 39.

Dihigo, T. (2008). Actitudes ante el VIH-SIDA de los estudiantes que ingresan a la carrera de Medicina. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007.

Recuperado a partir de

[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/teresadihigotesis\\_3%5B1%5D.9.08\\_.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/teresadihigotesis_3%5B1%5D.9.08_.pdf)

Donaire, L. F., Narváez, P. F., & Tomás-Sábado, J. (2006). Modificación de actitudes ante el Sida en estudiantes de enfermería. Resultados de una experiencia pedagógica.

*Educación médica*, 9(2), 84–90.

Donnelly, T., Khater, A.-H. Al, Al-Bader, S., Kuwari, M. Al, Al-Meer, N., Malik, M., ...

Fung, T. (2013). Beliefs and attitudes about breast cancer and screening practices among Arab women living in Qatar: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 13(1), 49.

<http://doi.org/10.1186/1472-6874-13-49>

Dubey, A., Sonker, A., & Chaudhary, R. (2014). Knowledge, attitude, and beliefs of

young, college student blood donors about Human immunodeficiency virus. *Asian*

*Journal of Transfusion Science*, 8(1), 39. <http://doi.org/10.4103/0973-6247.126689>

- Dumalaon-Canaria, J. A., Hutchinson, A. D., Prichard, I., & Wilson, C. (2014). What causes breast cancer? A systematic review of causal attributions among breast cancer survivors and how these compare to expert-endorsed risk factors. *Cancer Causes & Control*, 25(7), 771-785. <http://doi.org/10.1007/s10552-014-0377-3>
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes* (Vol. xxii). Orlando, FL, US: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Elmubarak, E., Bromfield, E., & Bovell-Benjamin, A. C. (2005). Focused interviews with Sudanese Americans: perceptions about diet, nutrition, and cancer. *Preventive medicine*, 40(5), 502-509.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to Theory and Research*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.
- Flórez-Alarcón, L. (2007). *Psicología social de la salud: promoción y prevención*. [Social Psychology of health. Promotion and Prevention]. Bogotá, Colombia: Manual Moderno.
- Francis, S. A., Battle-Fisher, M., Liverpool, J., Hipple, L., Mosavel, M., Soogun, S., & Mofammere, N. (2011). A qualitative analysis of South African women's knowledge, attitudes, and beliefs about HPV and cervical cancer prevention, vaccine awareness and acceptance, and maternal-child communication about sexual health. *Vaccine*, 29(47), 8760-8765. <http://doi.org/10.1016/j.vaccine.2011.07.116>

- García, V., & D'Adamo, O. . (2002). García, V., & D'Adamo, O.J. (2002). Actitudes y Conducta: Actitudes Políticas. En J. F. Morales Domínguez, D. Paez, A. . Kornblit, & D. Asún, *Psicología Social* (pp. 287 - 307). México: Prentice Hall.
- Geraghty, J., Zbar, A., & Costa, A. (2002). Informing the public about advances in cancer therapy. *European journal of cancer care*, 11(1), 25-32.
- Gilani, S. I., Khurram, M., Mazhar, T., Mir, S. T., Ali, S., Tariq, S., & Malik, A. Z. (2010). Knowledge, attitude and practice of a Pakistani female cohort towards breast cancer. *JPM. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 60(3), 205.
- Gil Villa, F. (2012). *La cara social del cáncer*. Barcelona: Octaedro.
- Graham, N., Lindsay, J., Katona, C., Bertolote, J. M., Camus, V., Copeland, J. R. M., ... Wancata, J. (2003). Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders: a technical consensus statement. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(8), 670-678. <http://doi.org/10.1002/gps.876>
- Hudson, J. M., Pollux, P. M. J., Mistry, B., & Hobson, S. (2012). Beliefs about Alzheimer's disease in Britain. *Aging & Mental Health*, 16(7), 828-835. <http://doi.org/10.1080/13607863.2012.660620>
- Inungu, J., Mumford, V., Langford, S., & Younis, M. (2009). HIV knowledge, attitudes and practices among college students in the United States. *Journal of Health and Human Services Administration*, 32(3), 259-277.
- Jaiswal, S., Magar, B., Thakali, K., Gurubacharya, D., & Pradhan, A. (2005). HIV/AIDS and STI related knowledge, attitude and practice among high school students in Kathmandu valley. 3, 1, 69 - 97.

- Jones, D. P. (2015). Knowledge, Beliefs and Feelings about Breast Cancer: The Perspective of African American Women. *ABNF Journal*, 26(1), 5-10.
- Juan, C.-W. (1), Siebers, R. (2), Fu-Sheng Wu, F. (3), Wu, C.-J. (4), Chang, Y.-J. (5), & Chao, C. (6). (2004). The attitudes, concerns, gloving practices and knowledge of nurses in a taiwanese hospital regarding AIDS and HIV. *International Journal of Nursing Practice*, 10(1), 32-38. <http://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2003.00455.x>
- Karbani, G., Lim, J. N., Hewison, J., Atkin, K., Horgan, K., Lansdown, M., & Chu, C. E. (2011). Culture, attitude and knowledge about breast cancer and preventive measures: a qualitative study of South Asian breast cancer patients in the UK. *Asian Pac J Cancer Prev*, 12(6), 1619–26.
- Kassin, S., Fein, S., & Markus, H. . (2010). Actitudes. En *Psicología Social* (Séptima, pp. 180-220). México: Cengage Learning.
- Keeney, S., Mckenna, H., Fleming, P., & Mcilfatrick, S. (2010). Attitudes to cancer and cancer prevention: what do people aged 35-54 years think?: Attitudes to cancer and cancer prevention. *European Journal of Cancer Care*, 19(6), 769-777. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01137.x>
- Khan, H., Ishaq, M., Khan, H., & Ishaq, T. (2008). Knowledge and Attitude of Students regarding HIV/AIDS in Peshawar University. *Rawal Medical Journal*, 33(1), 18-21.
- Kidanto, H., Kilewo, C. D., & Moshiri, C. (2004). Cancer of the cervix: knowledge and attitudes of female patients admitted at Muhimbili National Hospital, Dar-es-Salaam. *East African medical journal*, 79(9), 467-475.

- Kowalkowski, M. A., Hart, S. L., Du, X. L., Baraniuk, S., & Latini, D. M. (2012). Cancer perceptions: implications from the 2007 Health Information National Trends Survey. *Journal of Cancer Survivorship*, 6(3), 287-295. <http://doi.org/10.1007/s11764-012-0217-y>
- Latif, R. (2014). Knowledge and attitude of Saudi female students towards breast cancer: A cross-sectional study. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 9(4), 328-334. <http://doi.org/10.1016/j.jtumed.2014.05.004>
- Lee, S. E., Lee, H. Y., & Diwan, S. (2009). What do Korean American immigrants know about Alzheimer's disease (AD)? The impact of acculturation and exposure to the disease on AD knowledge. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, n/a-n/a. <http://doi.org/10.1002/gps.2299>
- Lindzey, G., & Aronson, E. (1985). *Handbook of social psychology*. New York; Hillsdale, N.J.: Random House ; Distributed exclusively by L. Erlbaum Associates.
- Lohrmann, C., Välimäki, M., Suominen, T., Muinonen, U., Dassen, T., & Peate, I. (2000). German nursing students' knowledge of and attitudes to HIV and AIDS: two decades after the first AIDS cases. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 696-703. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01326.x>
- Lott, B. E., & Maluso, D. (1995). *The Social Psychology of Interpersonal Discrimination*. Guilford Press.
- Low, L.-F., & Anstey, K. J. (2009). Dementia literacy: Recognition and beliefs on dementia of the Australian public. *Alzheimer's & Dementia*, 5(1), 43-49. <http://doi.org/10.1016/j.jalz.2008.03.011>

- Luque, R., & Torrenegra, E. (2015, Abril). *Situación del VIH en Colombia*. Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia.
- Luquis, R. R., & Cruz, I. J. V. (2006). Knowledge, Attitudes, and Perceptions about Breast Cancer and Breast Cancer Screening Among Hispanic Women Residing in South Central Pennsylvania. *Journal of Community Health*, 31(1), 25-42. <http://doi.org/10.1007/s10900-005-8187-x>
- MahmoodAbad, S. S. M., Noorbala, M. T., Mohammadi, M., Rahaei, Z., & Ehrampush, M. H. (2011). Knowledge, attitude, and performance of students toward skin cancer in Yazd, 2009. *International journal of dermatology*, 50(10), 1262–1265.
- Majdi, M. R., Khani, H., Azadmarzabadi, E., Montazeri, A., Hallajian, E., Babamahmodi, F., & Kariminasab, M. H. (2011). Knowledge, attitudes and practices towards HIV/AIDS among Iranian prisoners in Mazandaran province in the south-coast area of the Caspian Sea. *EMHJ*, 17(12). Recuperado a partir de [http://applications.emro.who.int/emhj/v17/12/17\\_12\\_2011\\_0904\\_0910.pdf](http://applications.emro.who.int/emhj/v17/12/17_12_2011_0904_0910.pdf)
- Martín Alfonso, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad, 29(3), 275 - 281.
- Maswanya, E., Moji, K., Aoyagi, K., Yahata, Y., Kusano, Y., Nagata, K., ... Takemoto, T. (2000). Knowledge and attitudes toward AIDS among female college students in Nagasaki, Japan. *Health Education Research*, 15(1), 5-11. <http://doi.org/10.1093/her/15.1.5>
- McCaffery, K., Wardle, J., & Waller, J. . (2003). Knowledge, attitudes, and behavioral intentions in relation to the early detection of colorectal cancer in the United



- Kingdom. *Preventive Medicine*, 36(5), 525-535. [http://doi.org/10.1016/S0091-7435\(03\)00016-1](http://doi.org/10.1016/S0091-7435(03)00016-1)
- McFarland, D. (2009). Beliefs about the causes of cervical cancer in Botswana: implications for nursing. *International nursing review*, 56(4), 426-432.
- Meundi, A. D., Amma, A., Rao, A., Shetty, S., & Shetty, A. K. (2007). Cross-Sectional Population-Based Study of Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding HIV/AIDS in Dakshina Kannada District of Karnataka, India. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care (JIAPAC)*. <http://doi.org/10.1177/1545109707302088>
- Ministerio de Sanidad de España. (s.f). Estigma y discriminación hacia las personas con VIH y SIDA. Recuperado a partir de <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/estigma.htm>
- Montazeri, A. (2005). AIDS knowledge and attitudes in Iran: results from a population-based survey in Tehran. *Patient Education and Counseling*, 57(2), 199-203. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2004.05.014>
- Muhbies, F. J., & Sheren Al-Doski, N. A. (2010). ATTITUDE OF PATIENTS TOWARD CANCER AND ITS TREATMENT. *International Journal of Academic Research*, 2(4), 196-200.
- Murchison, C. (1935). *A Handbook of Social Psychology*. Clark University Press; London, H. Milford, Oxford University Press.
- Muthoni, A., & Miller, A. N. (2010). An Exploration of Rural and Urban Kenyan Women's Knowledge and Attitudes Regarding Breast Cancer and Breast Cancer

- Early Detection Measures. *Health Care for Women International*, 31(9), 801-816.  
<http://doi.org/10.1080/07399331003628453>
- Najem, G. R., & Okuzu, E. I. O. (1998). International comparison of medical students' perceptions of HIV infection and AIDS. *Journal of the National Medical Association*, 90(12), 765-74.
- National Cancer Institute. (2014). El pronóstico del cáncer. Recuperado a partir de <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/pronostico#estad%C3%ADsticas-supervivencia>
- Navarro, E., & Vargas, R. (2004). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados. *Salud Uninorte*, 19(2), 14-24.
- Newcomb, T. M. (1966). *Social psychology: The study of human interaction*. Routledge & K. Paul.
- Nnodu, O., Erinosho, L., Jamda, M., Olaniyi, O., Adelaiye, R., Lawson, L., ... Zamani, A. (2010). Knowledge and Attitudes towards Cervical Cancer and Human Papillomavirus: A Nigerian Pilot Study. *African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive*, 14(1), 95-108.  
<http://doi.org/10.2307/25766342>
- Odusanya, O., & Tayo, O. (2001). Breast cancer knowledge, attitudes and practice among nurses in Lagos, Nigeria. *Acta Oncologica*, 40(7), 844-848.
- Okobia, M. N., Bunker, C. H., Okonofua, F. E., & Osime, U. (2006). Knowledge, attitude and practice of Nigerian women towards breast cancer: a cross-sectional study. *World Journal of Surgical Oncology*, 4(1), 11.

OMS | Cáncer. (2015). Recuperado 29 de septiembre de 2015, a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas por el SIDA). (2007). Informe sobre la epidemia mundial de Sida 2006. Naciones Unidas. Recuperado a partir de [http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/2006GlobalReport/2006-GR\\_es.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/2006-GR_es.asp)

ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas por el SIDA). (2014). La epidemia mundial del SIDA- datos clave mundiales [ficha Informativa]. Recuperado a partir de [http://www.unaids.org/es/resources/documents/2014/20140716\\_FactSheet\\_es.pdf](http://www.unaids.org/es/resources/documents/2014/20140716_FactSheet_es.pdf)

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015a). Cáncer. Nota descriptiva N° 297. Recuperado a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015b). Demencia. Nota Descriptiva N° 362. Recuperado a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015c). Enfermedades crónicas. Recuperado 24 de noviembre de 2015, a partir de [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)

Osime, O. C., Okojie, O., Aigbekaen, E. T., & Aigbekaen, I. J. (2008). Knowledge attitude and practice about breast cancer among civil servants in Benin City, Nigeria. *Annals of African medicine*, 7(4). Recuperado a partir de <http://www.ajol.info/index.php/aam/article/view/43215>

Ovejero, A. (2010). Psicología Social: Algunas claves para entender la conducta humana. Recuperado 12 de mayo de 2015, a partir de <http://www.casadellibro.com/libro->

psicologia-social-algunas-claves-para-entender-la-conducta-human-  
a/9788499401553/1804618

- Páez, D., Ubillos, S., & León, M. (1996). Evaluación del cambio de actitudes y conductas ante el sida. *El desafío social del Sida*, 113–134.
- PAHO. (2008). Proposed PAHO Plan of Action for Cancer Prevention and Control 2008–2015. Recuperado a partir de [http://www.cuidadospaliativos.org/archives/PAHO\\_Cancer\\_Plan.pdf](http://www.cuidadospaliativos.org/archives/PAHO_Cancer_Plan.pdf)
- Parsa, P., & Kandiah, M. (2005). Breast cancer knowledge, perception and breast self-examination practices among Iranian women. *Int Med J*, 4(2), 17–24.
- Petro-Nustas, W., Kulwicki, A., & Zumout, A. F. (2002). Students' Knowledge, Attitudes, and Beliefs about AIDS: A Cross-Cultural Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(2), 118-125. <http://doi.org/10.1177/104365960201300204>
- Pita-Fernández, S., Rodríguez-Vazquez, B., & Pertega-Díaz, S. (2004). Attitudes of Nursing and Auxiliary Hospital Staff Toward HIV Infection and AIDS in Spain. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 15(3), 62-69. <http://doi.org/10.1177/1055329003256652>
- Piver, L. C., Nubukpo, P., Faure, A., Dumoitier, N., Couratier, P., & Clément, J.-P. (2013). Describing perceived stigma against Alzheimer's disease in a general population in France: the STIG-MA survey: The STIG-MA survey. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(9), 933-938. <http://doi.org/10.1002/gps.3903>
- Rabin, C., & Pinto, B. (2006). Cancer-related beliefs and health behavior change among breast cancer survivors and their first-degree relatives. *Psycho-Oncology*, 15(8), 701-712. <http://doi.org/10.1002/pon.1000>

- Rashed Al-Owaish, M. A. A. M., Anwar, S., Al-Shoumer, H., & Sharma, P. (1999). Knowledge, attitudes, beliefs, and practices about HIV/AIDS in Kuwait. *AIDS Education and Prevention*, 11(2), 163-73.
- Reicher, S. (1995). Manstead, A. S. R. and Hewstone, M. (Eds.) (1995). The blackwell encyclopedia of social psychology. Blackwell, Oxford. Pp.694. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 5(5), 371-372.  
<http://doi.org/10.1002/casp.2450050508>
- Reina, M. R.-A. (2000). El papel del psicólogo en la enfermedad de Alzheimer. *Papeles del psicólogo*, (76), 1.
- Reyes Rodríguez, L. (2007). La teoría de la acción razonada: Implicaciones para el estudio de las actitudes., 7, 66 - 77.
- Rivas, E., Rivas, A., Barría, P., Mauricio, R., & Sepúlveda, C. (2009). Conocimientos y actitudes sobre VIH/SIDA de estudiantes de enfermería de las Universidades de La Frontera y Austral de Chile. Temuco-Valdivia. Chile, 2004. *Ciencia y enfermería*, 15(1), 109–119.
- Roberts, J. S., & Connell, C. M. (2000). Illness representations among first-degree relatives of people with Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 14(3), 129–136.
- Roberts, J. S., Connell, C. M., Cisewski, D., Hipps, Y. G., Demissie, S., & Green, R. C. (2003). Differences between African Americans and whites in their perceptions of Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 17(1), 19–26.

- Roberts, J. S., McLaughlin, S. J., & Connell, C. M. (2014). Public beliefs and knowledge about risk and protective factors for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 10(5), S381-S389. <http://doi.org/10.1016/j.jalz.2013.07.001>
- Rodrigues, A., Assmar, E., & Jablonski, B. (2004). *Psicología social*. Trillas.
- Rubio-Aliste, R., Martinez-Lacasa, X., Jiménez-Gomez, N., & Quintana-Riera, S. (2005). Evolución de los conocimientos y actitudes del personal de enfermería respecto de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). *Enfermería clínica*, 15(6), 321-328.
- Ruiz, P. O. (1986). La investigación en la formación de actitudes: problemas metodológicos y conceptuales. *Teoría de la educación*, (1), 111-125.
- Rust, T. B., & Kwong See, S. T. (2010). Beliefs about Aging and Alzheimer's Disease in Three Domains. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 29(04), 567-575. <http://doi.org/10.1017/S0714980810000590>
- Rust, T. B., & See, S. K. (2007). Knowledge about Aging and Alzheimer Disease: A Comparison of Professional Caregivers and Noncaregivers. *Educational Gerontology*, 33(4), 349-364. <http://doi.org/10.1080/03601270701199065>
- Sahin, M. K., Sahin, G., Dikici, M. F., Igde, F. A., & Yaris, F. (2014). Women's Perceptions and Attitudes about Cervical Cancer in Turkey: Kato's Device as an Alternative to the Pap Smear. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(2), 905-910. <http://doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.2.905>
- Saleh, M., Barlow-Stewart, K., Meiser, B., Tucker, K., Eisenbruch, M., & Kirk, J. (2012). Knowledge, attitudes and beliefs of Arabic-Australians concerning cancer. *Psycho-Oncology*, 21(2), 195-202. <http://doi.org/10.1002/pon.1884>

- Salikeu, K. . (1999). Crisis circunstanciales en la vida. En *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación* (2.<sup>a</sup> ed., pp. 67 - 102). México: Manual Moderno.
- Sánchez, M. P. B., Alvarez, I. T., Sánchez, M. T. R., Rodríguez, A. F. U., & Casal, G. B. (2012). Knowledge, misconceptions, self-efficacy and attitudes regarding HIV: Cross-cultural assessment and analysis in adolescents. *International journal of clinical and health psychology*, 12(2), 235–249.
- Sartorius, N., & Schulze, H. (2005). *Reducing the Stigma of Mental Illness: A Report from a Global Association*. Cambridge University Press.
- Schernhammer, E., Haidinger, G., Waldhör, T., Vargas, R., & Vutuc, C. (2010). A Study of Trends in Beliefs and Attitudes Toward Cancer. *Journal of Cancer Education*, 25(2), 211-216. <http://doi.org/10.1007/s13187-010-0104-z>
- Stein, K., Zhao, L., Crammer, C., & Gansler, T. (2007). Prevalence and sociodemographic correlates of beliefs regarding cancer risks. *Cancer*, 110(5), 1139-1148. <http://doi.org/10.1002/cncr.22880>
- Sudenga, S. L., Rositch, A. F., Otieno, W. A., & Smith, J. S. (2013). Knowledge, Attitudes, Practices, and Perceived Risk of Cervical Cancer Among Kenyan Women: Brief Report. *International Journal of Gynecological Cancer*, 23(5), 895-899. <http://doi.org/10.1097/IGC.0b013e31828e425c>
- Sullivan, K., Muscat, T., & Mulgrew, K. (2007). Knowledge of Alzheimer's Disease Among Patients, Carers, and Noncarer Adults: Misconceptions, Knowledge Gaps, and Correct Beliefs. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 23(2), 137–148.

- Tan, X., Pan, J., Zhou, D., Wang, C., & Xie, C. (2007). HIV/AIDS knowledge, attitudes and behaviors assessment of Chinese students: a questionnaire study. *International journal of environmental research and public health*, 4(3), 248–253.
- Tavoosi, A., Zaferani, A., Enzevaei, A., Tajik, P., & Ahmadinezhad, Z. (2004). Knowledge and attitude towards HIV/AIDS among Iranian students. *BMC Public Health*, 4, 1-6. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-4-1>
- Tebourski, F., & Ben Alaya, D. (2004). Knowledge and attitudes of high school students regarding HIV/AIDS in Tunisia: does more knowledge lead to more positive attitudes? *Journal of Adolescent Health*, 34(3), 161-162. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.01.001>
- Tešić, V., Kolarić, B., & Begovac, J. (2006). Attitudes towards HIV/AIDS among four year medical students at the University of Zagreb Medical School—better in 2002 than in 1993 but still unfavorable. *Collegium antropologicum*, 30(2), 89–97.
- Tomás Sábado, J., & Herrero, A. A. (2007). Actitud ante el sida en enfermería: Un análisis de las diferencias entre estudiantes y profesionales. Recuperado a partir de [http://www.researchgate.net/profile/Joaquin\\_Tomas-Sabado/publication/262727169\\_Actitud\\_ante\\_el\\_sida\\_en\\_enfermera.\\_Un\\_analisis\\_de\\_las\\_diferencias\\_entre\\_estudiantes\\_y\\_profesionales/links/0deec5389eba9bfef3000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Joaquin_Tomas-Sabado/publication/262727169_Actitud_ante_el_sida_en_enfermera._Un_analisis_de_las_diferencias_entre_estudiantes_y_profesionales/links/0deec5389eba9bfef3000000.pdf)
- Turhan, O., Senol, Y., Baykul, T., Saba, R., & Yalçın, A. (2010). Knowledge, attitudes and behaviour of students from a medicine faculty, dentistry faculty, and medical technology Vocational Training School toward HIV/AIDS. *International Journal*



*of Occupational Medicine and Environmental Health*, 23(2).

<http://doi.org/10.2478/v10001-010-0008-5>

- Uribe, A. F., & Orcasita, L. T. (2011). Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida en profesionales de la salud. Evaluation of the health professionals' knowledge, attitudes, susceptibilities and self-effectiveness. *Avances en enfermería*, 29(2). Recuperado a partir de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n2/v29n2a07>
- Uribe, A. F., Valderrama, L., Sanabria, A. M., Orcasita, L., & Vergara, T. (2010). Descripción de los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en un grupo de adolescentes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 5(12). Recuperado a partir de <http://portalesn2.puj.edu.co/javevirtualoj/index.php/pensamientopsicologico/article/view/103>
- Vallejos, I. C., Sánchez, H. E., Lagunas, L. F., Valdés, B. C., & Acosta, R. C. (2010). Conocimientos, actitudes y percepciones de enfermeros y estudiantes de enfermería hacia VIH/SIDA. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(3), 345–354.
- Vanegas, B. C., Chaves, M. P., Beltrán, G., Díaz, E., Estrada, M. del P., González, Y., & Muñoz, A. (2008). Creencias populares acerca de la curación del cáncer de próstata y cèrvico uterino y experiencias de aplicación en pacientes de una institución de salud, Bogotá, 3(3), 69 - 76.
- Varas-Díaz, N., Serrano-García, I., & Toro-Alfonso, J. (2004). *Estigma y diferencia social: VIH/SIDA en Puerto Rico*. Ediciones Huracanes. Recuperado a partir de

[http://www.researchgate.net/publication/257139351\\_Estigma\\_y\\_Diferencia\\_Social\\_VIHSIDA\\_en\\_Puerto\\_Rico/file/3deec524777dac8c5a.pdf](http://www.researchgate.net/publication/257139351_Estigma_y_Diferencia_Social_VIHSIDA_en_Puerto_Rico/file/3deec524777dac8c5a.pdf)

- Vinaccia, S., & Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(2), 125–137.
- Walusimbi, M., & Okonsky, J. G. (2004). Knowledge and attitude of nurses caring for patients with HIV/AIDS in Uganda. *Applied Nursing Research*, 17(2), 92-99. <http://doi.org/10.1016/j.apnr.2004.02.005>
- Yilmazel, G., & Duman, N. B. (2014). Knowledge, Attitudes and Beliefs about Cervical Cancer and Human Papilloma Virus Vaccination with Related Factors in Turkish University Students. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(8), 3699-3704. <http://doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.8.3699>
- Yoo, H., Lee, S. H., Kwon, B. E., Chung, S., & Kim, S. (2005). HIV/AIDS knowledge, attitudes, related behaviors, and sources of information among Korean adolescents. *Journal of School Health*, 75(10), 393–399.
- Yousuf, S. A. (2010). Breast cancer awareness among Saudi nursing students. *JKAU Med Sci*, 17(3), 67–78.
- Zawadzki, L., Mondon, K., Peru, N., Hommet, C., Constans, T., Gaillard, P., & Camus, V. (2011). Attitudes towards Alzheimer's disease as a risk factor for caregiver burden. *International Psychogeriatrics*, 23(09), 1451-1461. <http://doi.org/10.1017/S1041610211000640>