

Creencia en un Mundo Justo y Prejuicios: El Caso de los Homosexuales con VIH/SIDA

Ana Raquel Rosas Torres^{1,2}

Margareth Regina Gomes Veríssimo de Faria

Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Brasil

Compendio

El objetivo de este trabajo fue investigar el prejuicio contra los homosexuales portadores del VIH/SIDA, analizando el papel moderador de la Creencia en un Mundo Justo (CMJ) en este proceso. Participaron en la investigación 171 estudiantes de Psicología que respondieron a un cuestionario que contenía una escala sobre la CMJ y un fragmento de una entrevista ficticia a un hombre que decía estar enfermo. En la entrevista se manipulaba su orientación sexual (homosexual versus heterosexual) y su enfermedad (VIH/SIDA versus cáncer de pulmón). Los resultados mostraron que los portadores de VIH/SIDA fueron los más responsabilizados por su enfermedad. Con relación al papel moderador de la CMJ, en la alta creencia, se responsabilizó más a los homosexuales portadores de VIH/SIDA, mientras que en la baja creencia los heterosexuales portadores de VIH/SIDA fueron más responsabilizados por su situación. Estos resultados son discutidos desde la perspectiva de la teoría del racismo aversivo de Gaertner y Dovidio (1986), destacándose la importancia de la inclusión de esta temática en las investigaciones de los psicólogos sociales.

Palabras-clave: Prejuicio y discriminación; homosexualidad; creencia en un mundo justo; VIH/SIDA.

Belief in a Just World and Prejudice: The Case of Homosexuals with HIV/AIDS

Abstract

The objective of this work was to investigate the prejudice against homosexuals with HIV/AIDS, analyzing the Belief in a Just World (BJW) as a moderator in this process. Participants were 171 psychology students who answered a questionnaire with the BJW scale followed by a fictitious interview with a man saying that he was ill. His sexual orientation (homosexual X heterosexual) and his illness (HIV/AIDS X lung cancer) were manipulated. The results showed that men with HIV/AIDS were seen as more accountable for their illness. The results also showed the BJW moderation effect, indicating that, in the high BJW condition, homosexuals with HIV/AIDS were regarded as the most accountable for their illness. However, in the low BJW condition, heterosexuals with HIV/AIDS were the most accountable. Those results were discussed from the aversive racism theory perspective of Gaertner y Dovidio (1986), emphasizing the importance of more studies about prejudice against homosexuals in the social psychologists agenda of investigations.

Keywords: Prejudice and discrimination; homosexuality; belief in a just world; HIV/AIDS.

Los primeros casos documentados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) surgieron en los Estados Unidos en 1981 (Herek, 1999). Estas primeras víctimas eran jóvenes de sexo masculino, en su mayoría homosexuales o usuarios de drogas inyectables. Como, inicialmente, un grande número de infectados era homosexual, la enfermedad fue bautizada al principio

como “cáncer gay” (Daniel & Parker, 1991; Vitória, 1999). Después de más de 25 años desde su descubrimiento, el SIDA, hoy, no afecta sólo a “grupos de riesgo” (homosexuales, trabajadores del sexo, usuarios de drogas y bebés hijos de infectadas) o se transmite a través de “comportamientos de riesgo” (Paiva, Peres, & Blesa, 2002). Actualmente, se habla de vulnerabilidad colectiva (Ayres, França Jr., Calazans, & Saletti Filho, 1999), que quiere decir que todos están sujetos a una posible infección.

Sin embargo, debido al vínculo inicial entre el SIDA y las prácticas homosexuales masculinas, aún hoy esta relación está presente en la imaginación colectiva (Daniel & Parker, 1991; Herek, 1999; Vitória, 1999). De hecho, trabajos recientes han demostrado que jóvenes que se declaran heterosexuales y sexualmente activos

¹ Endereço: Universidade Católica de Goiás, Centro de Ciências Humanas, Av. Universitária, 1440, Setor Universitário, Goiânia, GO, Brasil, CEP 74605-010. E-mail: arr.torres@gmail.com

² Las autoras agradecen a los profesores José Luis Álvaro (Universidad Complutense de Madrid) y Ramón Pesquero (Universidad Católica de Goiás) los importantes comentarios que ayudaron en la redacción final del trabajo.

no se consideran en riesgo de ser infectados (Reis, Faria, Coelho, & Torres, 2004).

Ante lo expuesto, este trabajo tiene como objetivo principal investigar el prejuicio contra homosexuales masculinos portadores de VIH/SIDA. La cuestión que nos intriga se refiere a la supuesta conexión entre SIDA y prácticas homosexuales en la imaginación colectiva. ¿Será que el énfasis dado en la actualidad a la cuestión de la vulnerabilidad colectiva ha sido suficiente para disminuir la discriminación contra el homosexual contaminado por VIH o él sigue siendo más responsabilizado que los heterosexuales portadores del VIH? Este hecho se reviste de una gran relevancia social porque, según Terto Jr. (2002), los homosexuales son los que más prejuicios sufren en los servicios de salud, lo que dificulta su acceso a los tratamientos médicos y a los programas de prevención.

Según Gordon Allport (1954), el prejuicio puede ser definido como “una actitud de rechazo o de hostilidad contra una persona que pertenece a un grupo, sencillamente, porque ella pertenece a tal grupo, y, por lo tanto, se presume que tiene las características negativas atribuidas al grupo” (p. 7). Este fenómeno, de acuerdo con Brown (1995), debe ser comprendido en el marco de las relaciones que se establecen entre los grupos que componen una sociedad, implicando luchas por el poder y sistemas de creencias sobre lo que es o no es socialmente permitido. Uno de los más crueles resultados de ese fenómeno es la discriminación de los miembros de grupos que, por diferentes motivos, divergen de las normas socialmente establecidas en las relaciones entre grupos. Negros, mujeres y homosexuales son algunos ejemplos de grupos considerados minorías sociales que, como tales, son discriminados, lo que les coloca en una situación de inferioridad en la sociedad. Podemos afirmar que la discriminación es la materialización del prejuicio. De esta manera, los sentimientos de hostilidad junto con las creencias estereotipadas conducen a comportamientos que incluyen actos de trato desigual, expresiones verbales hostiles y agresividad hacia los grupos objetos de discriminación (Rodrigues, Assmar, & Jablonski, 2000).

Para Camino (1996) es importante tener en cuenta los sistemas de creencias incluidos en los procesos discriminatorios. Según este autor, esto se debe al hecho de que dichos sistemas de creencias son construidos a partir del conocimiento que se tiene previamente del medio social en el cual se está inmerso. Entre los diversos sistemas de creencias que han sido estudiados por los psicólogos sociales, la Creencia en un Mundo Justo (CMJ) ocupa una posición privilegiada. Para Tyler (1996), las personas son motivadas a percibir el mundo como un lugar justo. Esta percepción llevaría a una distorsión de sus juicios sobre los acontecimientos que les suceden a ellas o a otras personas, confirmándoles

en su creencia de que, en el mundo, las personas tienen aquello que se merecen.

La CMJ ha sido relacionada con sentimientos de culpabilización y responsabilización de las víctimas de enfermedades, incluyendo el SIDA y el Cáncer (Furnham & Procter, 1992; Montada, 1992), desvalorización de la víctima en caso de violencia (Jones & Aronson, 1973), justificación de las desigualdades entre razas y género (Rubin & Peplau, 1973) y legitimación de las desigualdades sociales y la movilidad social (Lemes, 2004). Todos estos estudios muestran que existe una asociación positiva entre la CMJ y la aceptación o justificación de las situaciones de infortunio, responsabilizando a las víctimas por su situación. O sea, la CMJ influye en la aceptación de las condiciones de desigualdad, injusticia o sufrimiento.

En este trabajo, se parte de la suposición que la CMJ tendría un papel moderador en el prejuicio contra homosexuales portadores del VIH/SIDA. Un moderador influye en la aparición de una respuesta (Baron & Kenny, 1986), pues aumenta o disminuye la probabilidad de su ocurrencia. En otras palabras, fortalece (o debilita) la relación existente entre una variable independiente y otra dependiente. Así, la principal hipótesis de este trabajo es que la CMJ acentuaría el prejuicio contra el homosexual portador de VIH. A continuación, discutiremos más detalladamente los principales marcos teóricos que se incluyen en este trabajo, justificando el papel de la CMJ en la discriminación del homosexual portador de VIH.

Homosexualidad, Prejuicio y Estigmatización

Tenemos diferentes definiciones sobre la homosexualidad. Mientras Herek (1999) la define como el acto sexual o la atracción sexual entre personas del mismo sexo biológico, Spencer (1999) la define como la relación sexual y afectiva entre personas del mismo sexo. Esta segunda definición se diferencia de la primera por el énfasis puesto en la dimensión afectiva de esta relación. Según Herek (2002), el término estigma se originó en el siglo XIV y se deriva etimológicamente del acto de perforar o tatuar. Sin embargo, para Goffman (1963) estigma se refiere a las marcas corporales que muestran algo diferente o malo en relación al estatus moral de una persona.³

Así, el estigma sería una marca o característica negativa atribuida a una persona o a un grupo. Parker y Aggleton (2001) afirman que el estigma tiene consecuencias mayores, al desempeñar un papel de producción y reproducción de las desigualdades sociales, provocando

³ “[...] the term *stigma* refers to bodily signs designed to expose something unusual and bad about the moral status of the signifier” (p. 1).

que algunos grupos sean desvalorizados, a medida que les son atribuidas características negativas. En el mismo sentido, Torres, Pereira y Carvalho (2004) argumentan que el estigma y la discriminación son fenómenos sociales y culturales, no pudiendo ser comprendidos, simplemente, como consecuencia de comportamientos individuales. Esos autores argumentan, basándose en las teorías de Tajfel (1982) y Moscovici (1984), que el estigma, así como el prejuicio, se originan a partir de un conocimiento que es social, creado y desarrollado en las relaciones entre los grupos que forman una determinada sociedad, en un determinado momento histórico, y no a partir de procesos intra-psíquicos. La relación entre estigma y prejuicio reside en dos características que son comunes a ambos: los dos se desarrollan en el ámbito de las relaciones de poder que son determinadas históricamente y llevan a la exclusión de personas por poseer alguna “marca” social que les coloca en una posición minoritaria. Es por esta razón, por ejemplo, que Parker y Aggleton (2001) afirman que el estigma del SIDA no está relacionado solamente con la homosexualidad, sino también con la promiscuidad y la pobreza, lo que fortalece el prejuicio y la discriminación. El hecho de vivir en una sociedad que se dice democrática, donde las leyes reprimen prácticas discriminatorias, no significa que el prejuicio no exista, sino que se ha vuelto más sutil, por lo menos en el caso de prejuicio racial (Camino, Silva, Machado, & Pereira, 2001). Sin embargo, cuando nos referimos a la homosexualidad, este prejuicio continúa siendo flagrante (Falcão, 2004; Lacerda, Pereira, & Camino, 2002; Pereira, 2004), demostrando que, en este caso, las normas sociales y la legislación no son suficientes para combatirlo.

El estudio de Falcão (2004), por ejemplo, investigó el posicionamiento de los estudiantes universitarios goianos (Goiás, Brasil) sobre la adopción de niños por parte de homosexuales. Sus resultados mostraron que el 44% de los participantes expresaron un prejuicio de tipo manifiesto o flagrante sobre la homosexualidad y el 33% expresaron un prejuicio de tipo sutil. De la misma forma, los estudios de Pereira (2004), con estudiantes de teología (evangélicos y católicos), también mostraron que el 72% de sus participantes expresaron un prejuicio flagrante y 28% prejuicio sutil. Estos resultados muestran que, si de un lado el prejuicio racial flagrante está disminuyendo, dando lugar a formas de expresión más sutiles, de otro, el prejuicio contra homosexuales sigue siendo manifiesto.

Considerando que los trabajos sobre el prejuicio contra homosexuales son escasos, la situación se complica aún más cuando se intenta relacionar homosexualidad, prejuicio y SIDA. Los trabajos que tratan de la relación entre estos fenómenos lo estudian a nivel individual, investigando las consecuencias psicológicas del prejuicio y de la estigmatización para los homosexuales y/o por-

tadores del VIH/SIDA. En otros casos, los estudios se centran en la prevención del SIDA. Sin duda estos son temas importantes, pero el objetivo del presente trabajo sigue otro sesgo.

Una consulta hecha en el *Scientific Electronic Library Online – Scielo*, en el día 21/01/07, teniendo como palabra-clave “prejuicio” mostró la existencia de varios trabajos sobre prejuicio racial y apenas uno sobre prejuicio y homosexualidad (Lacerda et al., 2002). Relacionando VIH y prejuicio existe un trabajo (Goldsteen & Goldsteen, 1990), realizado en los Estados Unidos. Los resultados de este estudio mostraron que las explicaciones dadas por los participantes en este trabajo para la discriminación fueron la intolerancia a la homosexualidad y la falta de credibilidad en las intervenciones derivadas de las políticas de salud para el control de la epidemia del SIDA.

Partiendo de una perspectiva diferente, Comby, Devos y Deschamps (1996) investigaron las relaciones entre SIDA y discriminación utilizando la responsabilidad de la víctima (Rubin & Peplau, 1973) como medida para ese fenómeno. Esos autores presentaron a un grupo de jóvenes suizas historias cortas donde un personaje relataba que estaba enfermo. Para la mitad de los participantes ese personaje era una joven con SIDA. Para la otra mitad, era un joven con cáncer. De una manera general, la persona con SIDA fue evaluada como siendo más responsable por su condición de enfermo.

Sin embargo, podemos realizar dos críticas a este trabajo. Primero, la cuestión del sexo del personaje, una vez que se comparaba un personaje masculino con otro femenino. ¿Será que el hecho de que el personaje fuese una mujer contaminada por un virus que se disemina por comportamientos “socialmente desviados” no influyó en los resultados? Segundo, se comparaban dos enfermedades de naturaleza diferente. Mientras que el SIDA es causado por un agente externo, el virus VIH, el cáncer, puede ser causado tanto por agentes externos, como por ejemplo, el consumo de tabaco, como por un componente genético, como ocurre en los cánceres de mama, intestino etc. Así, el hecho de responsabilizar a la joven con SIDA por su situación puede ser fruto de cualquiera de esas posibles variables. Aquí, nos cabe preguntar: ¿y si los personajes presentados fuesen hombres, siendo uno homosexual y otro heterosexual? Probablemente, el homosexual, por causa del prejuicio, sería considerado más responsable por su situación que el heterosexual. Por otro lado, ¿y si fuese explicitado un tipo de cáncer, por ejemplo de pulmón, donde la causa estuviese directamente ligada a algún hábito del personaje como, por ejemplo, fumar? Probablemente, el personaje con SIDA sería más responsabilizado por causa del estigma ligado a esa enfermedad. Finalmente, creemos que el personaje homosexual con SIDA sería el más responsabilizado.

Subráyese que, como fue discutido anteriormente, prejuicio y discriminación no acontecen en un vacío social. Los posicionamientos de los individuos, de forma general, se encuentran anclados en sus pertenencias a distintos grupos sociales, así como en sus sistemas de creencias etc. (Doise, Clémence, & Lorenzi-Cioldi, 1993). Regato y Assmar (2004), por ejemplo, demostraron que cuanto mayor es la creencia en un mundo justo, más atribuciones a causas internas son hechas para la infección por VIH/SIDA. Así, podemos argumentar que ese sistema de creencias puede tener un importante papel en la responsabilidad del homosexual portador del VIH/SIDA. A continuación, discutiremos los estudios sobre la Creencia en un Mundo Justo.

Creencia en un Mundo Justo desde la Perspectiva Psicosocial

El concepto de Creencia en un Mundo Justo (CMJ) fue introducido en la psicología social por Lerner (1965) a partir del estudio realizado en un hospital psiquiátrico donde observó que los médicos tendían a culpar a los propios enfermos mentales por su condición de enfermo. Ese fenómeno fue denominado por Rubin y Peplau (1973) como victimización secundaria, pues estas personas, además de ser víctimas de su propio infortunio, al atribuírseles una responsabilidad personal por su situación se provocaría que fueran víctimas por segunda vez. Para Furnham (2003), a partir de la revisión hecha de los trabajos sobre este tema realizados durante los años 1980 e 1990, la tendencia a la desvalorización de las víctimas es hoy un consenso entre los estudiosos de la CMJ.

Para Lerner (1965), la CMJ sería una consecuencia natural del desarrollo infantil. Según él, para disminuir el sufrimiento psíquico, el niño aplazaría la satisfacción de un deseo inmediato, creyendo en una compensación futura por ese esfuerzo, o sea, creyendo que, en la vida, las personas reciben lo que merecen. La CMJ intenta explicar cómo las personas consiguen mantener su equilibrio mental y vivir sus vidas normalmente, con confianza y tranquilidad, a pesar de que su seguridad se vea amenazada todo el tiempo. Así, se puede afirmar que “las personas desarrollan mecanismos de defensa, para disminuir su percepción de vulnerabilidad y proseguir sus actividades cotidianas” (Correia, 2000, p. 254). La culpabilización secundaria sería uno de estos mecanismos, pues cuando no es posible creer que las personas tienen lo que merecen, la CMJ puede ser preservada a través de la desvalorización de la víctima, de modo que ella pase a ser percibida como merecedora de su destino (Lerner & Simmons, 1966).

Para Rubin y Peplau (1973), la CMJ facilita la aceptación de las injusticias sociales, ya que al justificarlas, las torna naturales. En definitiva, para estos

autores la CMJ sería un constructo sociopsicológico con el que poder explicar la injusticia y mantener así nuestro equilibrio mental, al tiempo que culpamos o desvalorizamos a las víctimas haciéndolas merecedoras de las injusticias que sufren. Así, un problema que surge en el nivel psicológico se vuelve también un problema social, pues la naturalización de las injusticias sociales puede llevar al conformismo, a la discriminación de minorías sociales y, en última instancia, a la creencia social de que, si las personas sufren de alguna forma, es porque ellas merecen este sufrimiento. Una estructura social injusta, con una distribución de renta injusta etc., no podría entonces ser cambiada, pues si los infortunios existen es porque las personas los merecen de alguna forma. Es por esta razón que Doise (1982) afirma que la CMJ sería un universal ideológico, pues ella conduce a la justificación de las diferencias en los destinos de los individuos.

Ante de lo expuesto, los objetivos específicos de esta investigación son: a) verificar si habrá diferencias en los niveles de atribución de responsabilidad en relación al tipo de orientación sexual (homosexual versus heterosexual); b) se espera que, de una manera general, el homosexual será más responsabilizado que el heterosexual por la infección por el VIH/SIDA (hipótesis 1); c) verificar si habrá diferencias en los niveles de atribución de responsabilidad en relación al tipo de enfermedad (cáncer de pulmón versus VIH/SIDA); d) se espera que, de una manera general, el portador de VIH/SIDA será más responsabilizado que el portador de cáncer de pulmón (hipótesis 2); e) investigar el papel moderador de la CMJ en la atribución de responsabilidad; f) se espera que esas diferencias serán más fuertes para los individuos con alta CMJ (hipótesis 3).

Método

Para verificar estas hipótesis, el trabajo siguió un delineamiento experimental: 2 (orientación sexual) X 2 (tipo de enfermedad). Su realización fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Católica de Goiás (Protocolo n° 0031/03) en 26/03/2003.

Participaron 171 estudiantes de Psicología del 3° y 4° períodos, de dos universidades privadas de Goiânia, que aún no habían cursado ninguna disciplina específica del área de salud. Entre ellos, 15,8% eran del sexo masculino y 84,2% del sexo femenino. La edad media de los participantes fue de 24,6 años ($SD=8,4$ años). Estos estudiantes pertenecían a la clase media de Goiânia. Con relación a su religión, 46,7% se declararon católicos, 21,9%, evangélicos, 15,4%, espíritas y 16%, no confesaban ningún credo. A los participantes se les informó que su participación era voluntaria y que sus

respuestas serían tratadas de forma anónima y confidencial. No hubo ninguna negativa a participar en el estudio.

Instrumentos

Las cuestiones estaban organizadas siguiendo la siguiente secuencia:

Fragmentos de Entrevistas. Se trataba de una entrevista ficticia, adaptada de Comby et al. (1996). En esta entrevista un hombre describe su vivencia al recibir el diagnóstico de una enfermedad que puede ser fatal. Para la mitad de los participantes este personaje era hombre, de orientación heterosexual y, para la otra mitad, el personaje era homosexual. En cada una de estas dos situaciones había dos tipos de diagnóstico: en una, el diagnóstico era de infección por el VIH/SIDA y, en la otra, el diagnóstico era de cáncer de pulmón. En esta última situación se aclaraba que este tipo de cáncer había sido provocado por el consumo de tabaco, mientras que en el caso del VIH, lo era por no usar preservativo. Quedaba claro para el lector que ambas enfermedades eran consecuencia de conductas de la persona que padecía la enfermedad diagnosticada.

Atribución de Responsabilidad. Medida por un único ítem donde se preguntaba el grado de responsabilidad que el participante atribuía al personaje del fragmento de la entrevista por su condición, variando de 1 (poca responsabilidad) a 7 (mucha responsabilidad). Esta fue la medida de discriminación utilizada en este trabajo.

La Escala de Creencias en un Mundo Justo. Fue construida, teniendo como base la escala de Rubin y Peplau (1975) con 19 ítems, variando de 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 7 (estoy totalmente de acuerdo) en formato Likert (1970). Esta escala fue anteriormente validada por Lemes (2004) y estaba compuesta de afirmaciones sobre situaciones sociales que implicaban alguna forma de hacer justicia o de recompensar a las personas por sus actos. He aquí algunos ejemplos: “De un modo u otro, una persona deshonesto no siempre se sale con la suya y, a la postre, es castigada”; “Las personas que hicieron en vida algún mal, pagan en vida por su maldad”. Para verificar la estructuración de la escala de Creencias en un Mundo Justo, se utilizó el Análisis Factorial (método de los ejes principales), teniendo en cuenta sólo los pesos factoriales mayores o iguales a 0,40. Los resultados indicaron la existencia de un único factor con valor propio igual a 4,027, que explica 21,19% de la variabilidad de los posicionamientos de los participantes; el coeficiente de fiabilidad fue de 0,79.

Datos Socio-Demográficos. Sexo, edad y religión. Los análisis preliminares realizados demostraron que ninguna de estas variables influía significativamente en los resultados por lo que fueron excluidas de los análisis posteriores.

Procedimientos

Los cuestionarios fueron distribuidos aleatoriamente y respondidos individualmente por los estudiantes de psicología en el aula, con previa autorización del profesor presente. Los estudiantes tardaron aproximadamente 15 minutos para responderlos. El análisis de la distribución del número de participantes en cada una de las condiciones experimentales mostró una distribución equilibrada, por lo que podemos hacer las comparaciones entre las condiciones experimentales planeadas.

Resultados

Para analizar el efecto moderador de la CMJ en la responsabilidad del homosexual portador del VIH/SIDA, se utilizó un análisis de regresión múltiple, donde se analizaron como predictores de la responsabilidad por la enfermedad la CMJ, la orientación sexual, el tipo de enfermedad y las interacciones posibles entre todas esas variables. Como las variables orientación sexual y tipo de enfermedad son dicotómicas, se atribuyeron códigos de efecto no ponderados para representar cada una de las condiciones experimentales, tal como recomiendan West, Aiken y Krull (1996). Así, en lo que se refiere a la orientación sexual, se atribuyó -0,51 para heterosexuales y 0,50 para homosexuales. Para el tipo de enfermedad, se atribuyó -0,48 para cáncer y 0,50 para SIDA.

Para la realización de este tipo de análisis con variables de intervalo, como la CMJ, Aiken y West (1991) recomiendan la estandarización de la variable con la finalidad de controlar los efectos de multilinealidad entre las variables independientes. La estandarización de la variable hace que ella presente una puntuación media igual a cero y una desviación típica igual a 1,00. Después de estos procedimientos estadísticos, los efectos de interacción entre las variables fueron calculados por medio de la multiplicación de las variables, primero a cada dos variables (tipo de enfermedad X orientación sexual; orientación sexual X CMJ; tipo de enfermedad X CMJ) y, posteriormente, las tres variables (tipo de enfermedad X orientación sexual X CMJ). Finalmente, el efecto moderador fue interpretado a partir de la proyección de las rectas de regresión. Estas líneas representan los valores de la responsabilidad por la infección para cada una de las situaciones experimentales (orientación sexual X tipo de enfermedad) considerando los niveles de la variable moderadora (baja y alta CMJ). Además de eso, basándonos en los errores de las ecuaciones y en los intervalos de confianza (IC) para los coeficientes de regresión (los “Bs” de la regresión múltiple), se verificó que esos coeficientes eran significativamente diferentes de cero (Frazier, Tix, & Baron, 2004).

Como puede observarse en la Tabla 1, los resultados muestran que el coeficiente de regresión múltiple

obtenido es significativamente diferente de cero ($R=0,45$, $R^2=0,20$, $F(7,163)=5,95$, $p<0,001$). El efecto aislado de la variable moderadora – CMJ – no es significativo. De la misma forma, el efecto aislado de la orientación sexual tampoco es significativo. Por el contrario, el efecto aislado del tipo de enfermedad es significativo ($B=1,352$, Error Modelo=0,281). Tomados en conjunto, los resultados indican que la responsabilidad por la infección fue influenciada por el tipo de enfermedad aisladamente, pero no por el tipo de orientación sexual aisladamente. Más importante es el hecho de que hay mayor atribución de responsabilidad para el SIDA que para el Cáncer.

Por otro lado, en la misma tabla, se observa que no existe interacción entre el tipo de enfermedad y la orientación sexual. Sin embargo, todas las otras

interacciones son significativas. Así, existe interacción significativa entre la CMJ y la orientación sexual ($B=1,229$, Error Modelo=0,295), significando que el efecto de la orientación sexual en la responsabilidad depende del nivel de CMJ de los participantes. De la misma forma, la interacción entre CMJ y el tipo de enfermedad ($B=-0,668$, Error Modelo=0,303) es significativa. Esto también indica que el efecto del tipo de enfermedad en la atribución de responsabilidad depende de los niveles de CMJ de los participantes. Estas dos últimas interacciones (el efecto de la orientación sexual y el efecto del tipo de enfermedad, en cuanto dependientes de los niveles de CMJ) indican el importante papel de este sistema de creencias en el tema objeto del presente estudio.

Tabla 1

Resultado de la Regresión Lineal Múltiple aplicada al Análisis de los Factores Predictivos de la Responsabilidad por la Enfermedad

Variable		Responsabilidad		
		Beta	T	p<
Moderadora	CMJ	0,042	0,54	n.s
	Orientación sexual	-0,007	-0,096	n.s.
	Tipo de enfermedad	0,353	4,815	0,001
	Interacciones			
Independientes	Tipo de enfermedad X orientación sexual	0,048	0,650	n.s.
	Orientación sexual X CMJ	0,314	4,166	0,001
	Tipo de enfermedad X CMJ	-0,173	-2,206	0,029
	Orientación sexual X tipo de enfermedad X CMJ	0,153	1,941	0,054
	Coeficiente de regresión múltiple	$R= 0,45$		
Explicación de la variabilidad	$R^2= 0,20$; $R^2_{ajustado}= 0,17$			
Test estadístico del modelo F	$(7,163)=5,95$; $p<0,001$			

De mayor importancia es el hecho de encontrar una interacción entre la orientación sexual, el tipo de enfermedad y la CMJ. Para interpretar esta interacción, realizamos la descomposición de los efectos, analizando los *single slopes* que representan el efecto de la orientación moderado por la enfermedad y por la creencia en el mundo justo (ver las Figuras 1 y 2). La interpretación de los efectos de moderación sobre la atribución de responsabilidad fue realizada basándonos en la proyección de las rectas de regresión que representan la influencia de la orientación sexual, considerando cada tipo de enfermedad y los dos niveles de CMJ considerados -bajo (-1 desviación típica) y alto (+1 desviación típica) (e.g., Frazier et al., 2004).

Para los participantes con baja CMJ (Figura 1), el efecto de la orientación sexual en la responsabilidad es significativo sólo cuando la enfermedad es SIDA: hay

mayor atribución de responsabilidad a los heterosexuales que a los homosexuales ($\beta= -0,44$, $t= -2,64$, $p< .01$). Cuando la enfermedad es cáncer, la relación entre orientación y responsabilidad desaparece, no siendo significativa ($\beta= -0,23$, $t= -1,64$, ns.).

Para los participantes con alta CMJ (Figura 2), también el efecto de la orientación sexual en la atribución de responsabilidad es significativo cuando la enfermedad es el SIDA. En este caso, existe mayor responsabilidad para los homosexuales que para los heterosexuales ($\beta=0,55$, $t=3,40$, $p<.001$). Cuando la enfermedad es cáncer, la relación entre orientación y responsabilidad no es significativa ($\beta=0,12$, $t=0,87$, ns.).

En conjunto, las dos figuras muestran que el responsabilizar al individuo por su enfermedad no es un proceso neutro, de carácter puramente cognitivo, sino que está influido por la orientación sexual, el tipo

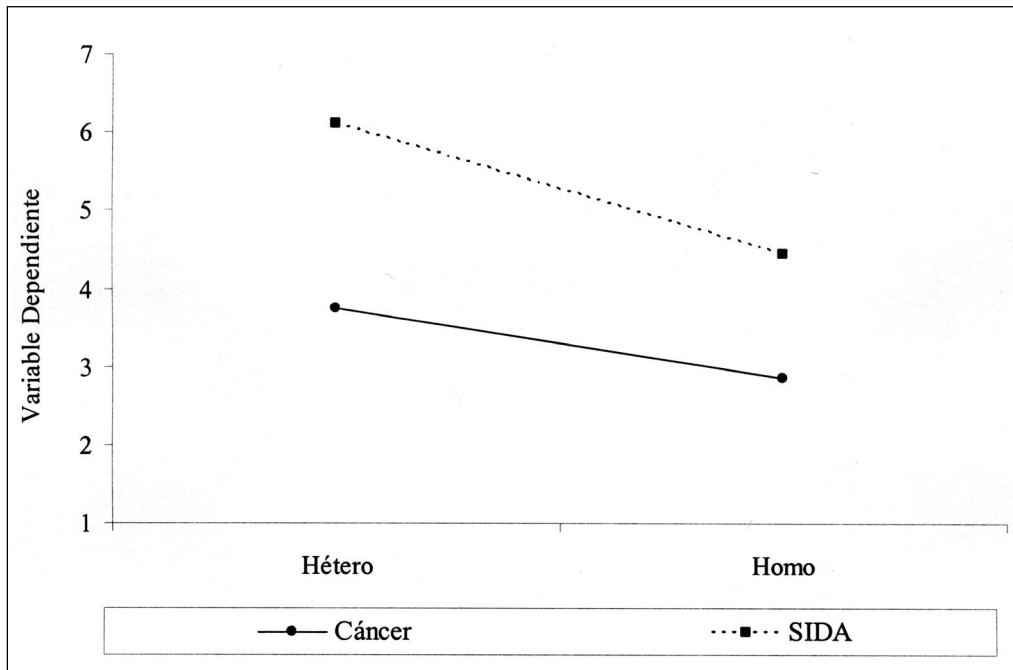


Figura 1. Líneas de regresión representando los niveles de responsabilidad por la infección según la orientación sexual y el tipo de enfermedad para la condición de baja CMJ

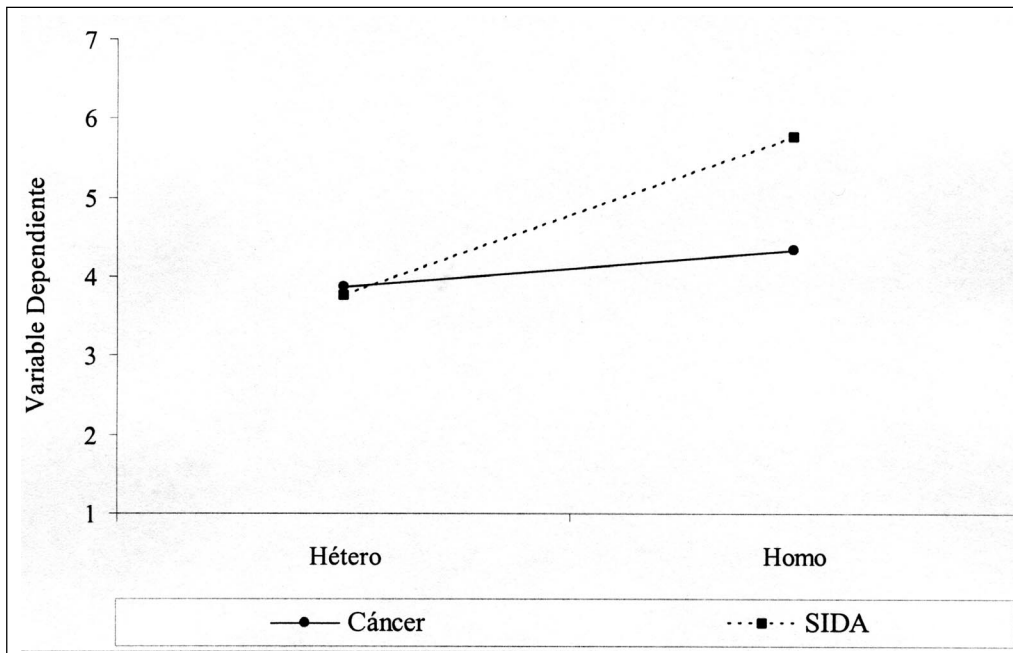


Figura 2. Líneas de regresión representando los niveles de responsabilidad por la infección según la orientación sexual y el tipo de enfermedad para la condición de alta CMJ

enfermedad y las creencias que el observador posee. En tal caso, la CMJ funciona como una visión del mundo que modera la atribución de responsabilidad al individuo contaminado por el VIH/SIDA.

Discusión

El objetivo principal de este trabajo fue investigar el prejuicio contra homosexuales portadores del VIH/

SIDA. Partimos de la suposición de que, a pesar de las intensas campañas sobre la vulnerabilidad colectiva, donde se muestra que todos estamos sujetos a una posible infección, el vínculo entre homosexualidad-SIDA aún persiste. Sin embargo, siguiendo los estudios contemporáneos sobre el prejuicio, partimos del supuesto de que el prejuicio y la discriminación tienen que ser entendidos a partir de una lógica que coloca estos fenómenos en el seno de la estructura social, donde los sistemas de creencias tienen un papel fundamental en su explicación. Siendo así, construimos la hipótesis de que la Creencia en un Mundo Justo tendría un papel moderador en la discriminación del homosexual portador del VIH/SIDA. Los resultados muestran que, de una manera general, los estudiantes consideran que los portadores del VIH/SIDA fueron más responsables que los que tenían cáncer de pulmón, confirmando así la hipótesis 2. Por el contrario, la orientación sexual no tuvo ningún papel aislado en la responsabilidad por la infección. Así, homosexuales y heterosexuales fueron responsables de la misma forma, no confirmando la hipótesis 1.

En lo que se refiere al papel moderador de la CMJ – hipótesis 3, los resultados indican que aquellos participantes que tienen una adhesión más fuerte a esas creencias, responsabilizan más al homosexual portador del VIH/SIDA, confirmando así nuestras expectativas. Aquí es importante resaltar que no existen diferencias en la responsabilidad atribuida a quienes padecen cáncer de pulmón. O sea, el papel moderador está realmente presente cuando se unen, en un mismo individuo, diversas “marcas” sociales estigmatizadoras, homosexualidad y VIH/SIDA, tal y como hemos visto anteriormente.

Un de los resultados obtenidos nos merece una especial atención; entre los sujetos que mostraron una baja adhesión a la CMJ, los heterosexuales fueron más responsables por la infección que los homosexuales, cuando, en verdad, no debería haber diferencias, ya que teóricamente, una baja adhesión a CMJ significa la no existencia del prejuicio. Una hipótesis explicativa para tal resultado tal vez esté relacionada con los estudios sobre el racismo aversivo⁴ de Gaertner y Dovidio (1986). Para esos autores, el racismo aversivo sería un producto de la asimilación tanto de valores igualitarios como de la vivencia de sentimientos y creencias negativas en relación a los negros. Esos sentimientos y creencias negativas serían, a su vez, producto de dos mecanismos: (a) del contexto racista donde los individuos son socializados y (b) de los mecanismos de la categorización y del sesgo intergrupar, que contribuyen para la formación del prejuicio (Tajfel, 1981).

⁴ El término “aversivo” usado por Gaertner y Dovidio (1986) se refiere a la aversión al propio racismo.

Pero, ¿cómo trasladar una teoría sobre el racismo a las investigaciones sobre el prejuicio contra los homosexuales? Primeramente, en el caso brasileño, los resultados de investigaciones previas muestran la prevalencia del prejuicio flagrante contra los homosexuales (Falcão, 2004; Lacerda, et al., 2002; Pereira, 2004), lo que nos permite suponer que, de cierta manera, los sujetos que tomaron parte en esta investigación son socializados en un contexto donde el prejuicio contra homosexuales es frecuente. Segundo, la gran mayoría de los participantes de este estudio eran mujeres (86,4%) y estudiantes de psicología, considerados en los estudios de Lacerda et al. (2002) como pertenecientes a los grupos con expresiones prejuiciosas sutiles y no prejuiciosas, respectivamente. Los mecanismos de categorización estaban implícitamente presentes, ya que se trataba de mujeres valorando a un hombre. Sin embargo, esos participantes no creen que el mundo sea un lugar justo. Al contrario, ellos creen que el mundo es un lugar injusto, donde en muchas ocasiones el destino de las personas no tienen relación directa con sus actos. De esta forma, ellos no discriminan a los miembros de la minoría social. Gaertner y Dovidio (1986) defienden que los “racistas aversivos” se adhieren fuertemente a la norma social de la no discriminación cuando esa norma es explícita. Así, para los participantes de este estudio con baja adhesión a CMJ, responsabilizar a un homosexual por ser el miembro de un grupo minoritario no sería aceptable socialmente. Sin embargo, la ausencia de la norma anti-discriminación – la situación de la heterosexualidad – aumenta la probabilidad de que aparezca la discriminación (Gaertner & Dovidio, 1986). Así, responsabilizar a los heterosexuales por su infección es socialmente aceptable, mientras que responsabilizar los homosexuales no lo es. Este es un aspecto que merece ser investigado en futuros trabajos: ¿será que las ideas de Gaertner y Dovidio (1986) sobre el racismo aversivo también pueden ser aplicadas al estudio del prejuicio contra homosexuales? Entre tanto, el tamaño del efecto observado en la moderación de la CMJ sobre la atribución de responsabilidad en el estudio es pequeño ($R^2 = 0,20$), demostrando que pueden existir otras variables latentes que influyan en los resultados aquí encontrados.

La primera de estas variables latentes se refiere al sexo de los participantes, en su gran mayoría mujeres. Probablemente, en el caso de que hubiera existido un equilibrio entre el número hombres y mujeres o que la mayoría fuesen hombres, los resultados, sin duda, serían otros, dado que, tal y como señala Lacerda, et al. (2002) los hombres presentan más expresiones flagrantes de prejuicio contra los homosexuales que las mujeres. La segunda cuestión que precisa de un detallado análisis en estudios futuros es la relacionada con la orientación sexual de los participantes, aspecto que no fue investi-

gado en este trabajo. No cabe duda que los resultados serían diferentes si, por ejemplo, la población estudiada tuviera una orientación homosexual. La tercera cuestión suscitada por estos resultados se refiere al contacto de los participantes con portadores del VHI/SIDA o con cáncer de pulmón. El contacto, desde Allport (1954), viene siendo considerado como una variable importante, moderadora de la expresión del prejuicio, pudiendo, en función del tipo que entra en juego – pacífico o conflictivo – influir en el grado y forma en que se manifieste. En resumen, entendemos que es necesario que futuros estudios tengan en cuenta el papel de estas posibles variables latentes.

Por último, dado que trabajamos con una población de estudiantes universitarios, alumnos de Psicología, queremos plantear los problemas derivados de la posible generalización de los resultados obtenidos. Sobre este particular hay que considerar dos aspectos. En primer lugar, el nivel de escolaridad es una variable importante en los estudios sobre el prejuicio. Dado que los estudios sobre el prejuicio señalan que este disminuye a medida que aumentan los años de escolaridad, podemos pensar que si hubiéramos trabajado con sujetos de nivel escolar más bajo, éstos habrían manifestado un prejuicio más fuerte en relación al homosexual portador del HIV/SIDA. Por otro lado, uno de los presupuestos teóricos para la realización del tipo de análisis aquí utilizado es el de la homogeneidad de la muestra (Tabachnick & Fidel, 2001), o sea, los participantes deben ser semejantes, prácticamente, en casi todas las características socio-demográficas. La diferencia más acusada entre los participantes debe ser únicamente la obtenida como efecto de la manipulación de la variable independiente. En nuestro caso, el tipo de enfermedad y el tipo de orientación sexual. Así, la utilización de muestras heterogéneas podría hacer inviable el tipo de diseño aquí utilizado. Cabe resaltar, sin embargo, que otras investigaciones realizadas con la población general son necesarias para profundizar en el estudio del prejuicio contra los homosexuales portadores de VHI/SIDA.

Considerados en su totalidad y teniendo en cuenta las consideraciones arriba expuestas, nuestra investigación muestra la importancia del tema aquí tratado y la necesidad de realizar más estudios que consideren otras variables que puedan ser importantes para el análisis del prejuicio contra los homosexuales.

Referencias

- Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Allport, G. (1954). *The nature of prejudice*. Cambridge, UK: Addison-Wesley.
- Ayres, J. R., França, I., Jr., Calazans, G., & Saletti, H., Filho. (1999). Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In R. M. Barbosa & R. Parker (Eds.), *Sexualidades pelo avesso* (pp. 49-72). Rio de Janeiro, RJ: Ed. 34.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in Social Psychology research. Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Brown, R. (1995). *Prejudice: It's Social Psychology*. Oxford, UK: Blackwell
- Camino, L. (1996). *O conhecimento do outro e a construção da realidade social: Uma análise da percepção e da cognição social*. João Pessoa, PB: Editora da Universidade Federal da Paraíba.
- Camino, L., Silva, P., Machado, A., & Pereira, C. (2001). A face oculta do racismo no Brasil: Uma análise psicossociológica. *Revista de Psicologia Política*, 1, 13-36.
- Comby, L., Devos, T., & Deschamps, J.-C. (1996). Atribución de responsabilidad y discriminaciones. In N. Basabe, D. Páez, R. Usieto, H. Paicheler, & J. C. Deschamps (Eds.), *El desafío social del SIDA* (pp. 231-255). Madrid, España: Fundamentos.
- Correia, I. F. (2000). A teoria da crença no mundo justo e a vitimização secundária: Estudos empíricos e desenvolvimentos teóricos. *Psicologia*, 14, 253-283.
- Daniel, H., & Parker, R. (1991). *AIDS: A terceira epidemia*. São Paulo, SP: Iglu.
- Doise, W. (1982). A mudança em Psicologia Social. In A. Knokw, E. Figueiredo, H. Tajfel, J. P. Leyens, J. C. Jesuino, I. Caeiro, et al. (Eds.), *Mudança social e Psicologia Social* (pp. 41-63). Lisboa, Portugal: Horizonte.
- Doise, W., Clémence, A., & Lorenzi-Cioldi, F. (1993). *The quantitative analysis of social representations*. New York: Harvest Wheatsheaf.
- Falcão, L. C. (2004). *Adoção de crianças por casais homossexuais*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Departamento de Psicologia, Universidade Católica de Goiás, GO.
- Frazier, P. A., Tix, A. P., & Barron, K. E. (2004). Testing moderator and mediator effects in Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 115-134.
- Furnham, A. (2003). Belief in a just world: Research progress over the past decade. *Personality and Individual Differences*, 34(5), 795-817.
- Furnham, A., & Procter, E. (1992). Sphere-specific just world beliefs and attitudes to AIDS. *Human Relations*, 45(3), 265-280.
- Gaertner, S. L., & Dovidio, J. F. (1986). The aversive form of racism. In J. F. Dovidio & S. L. Gaertner (Eds.), *Prejudice, discrimination, and racism* (pp. 61-89). Orlando, FL: Academic Press.
- Goffman, I. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. London: Simon & Schuster.
- Goldstein, R. L., & Goldstein, K. (1990). Investigação sobre restrições impostas a portadores de HIV em área metropolitana de Chicago, EUA [Versão eletrônica]. *Revista de Saúde Pública* (São Paulo), 24(1). Retrieved January 23, 2007, from <http://www.scielo.br/>
- Herek, G. M. (1999). AIDS and Stigma. *American Behavioral Scientist*, 42(7), 1106-1116.
- Herek, G. M. (2002). Thinking about AIDS and Stigma: A psychologist's perspective. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30(4), 594-607.
- Jones, C., & Aronson, E. (1973). Attribution of fault to rape victim as a function of respectability of the victim. *Journal of Personality and Social Psychology*, 26(3), 415-419.
- Lacerda, M., Pereira, C., & Camino, L. (2002). Um estudo sobre o preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 165-178.
- Lemes, L. M. S. (2004). *Crença na justiça social e admiração pelas celebridades: Um estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Departamento de Psicologia, Universidade Católica de Goiás, GO.
- Lerner, M. J. (1965). Evaluation of performance as a function of performer's reward and attractiveness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1(4), 355-360.
- Lerner, M. J., & Simmons, C. H. (1966). The observer's reaction to the "innocent victim": Compassion or rejection? *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(4), 203-210.

- Likert, R. (1970). The technique for the measurement of attitudes. In G. F. Summers (Ed.), *Attitude measurement* (pp. 149-158). London: Kershaw.
- Montada, L. (1992). Attribution of responsibility for losses and perceived injustice. In L. Montada, S. H. Filipp, & M. J. Lerner (Eds.), *Life crises and the experience of loss in adulthood* (pp. 133-161). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. In R. M. Farr & S. Moscovici (Eds.), *Social representations* (pp. 03-69). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Paiva, V., Peres, C., & Blessa, C. (2002). Jovens e adolescentes em tempos de AIDS: Reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. *Psicologia USP*, 13(1), 55-78.
- Parker, R., & Aggleton, P. (2001). *Estigma, discriminação e AIDS*. Rio de Janeiro, RJ: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS.
- Pereira, A. S. (2004). *Representações sociais do homossexualismo e preconceito contra homossexuais*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Departamento de Psicologia, Universidade Católica de Goiás, GO.
- Regato, V. C., & Assmar, E. M. L. (2004). A AIDS de nossos dias: Quem é o responsável? *Estudos de Psicologia*, 9(1), 167-175.
- Rodrigues, A., Assmar, E. L., & Jablonski, B. (2000). *Psicologia Social*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Reis, R. M. A., Faria, M. R. G. V., Coelho, A. E. L., & Torres, A. R. R. (2004). Adolescentes: O que eles pensam sobre a AIDS? *Revista Estudos: Vida e Saúde*, 2(31), 1087-1104.
- Rubin, Z., & Peplau, L. A. (1973). Belief in a just world and reactions to another's lot: A study of participants in the National Draft Lottery. *Journal of Social Issues*, 29(4), 73-93.
- Rubin, Z., & Peplau, L. A. (1975). Who believes in a Just World? *Journal of Social Issues*, 31(3), 65-90.
- Spencer, C. (1999). *Homossexualidade: Uma história*. Rio de Janeiro, RJ: Record.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics*. Boston: Allyn and Bacon.
- Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories: Studies in Social Psychology*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Tajfel, H. (1982). *Social Psychology of intergroup relations*. London: Cambridge University Press.
- Terto, V., Jr. (2002). Homossexualidade e saúde: Desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. *ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS*, 8(7), 147-158.
- Torres, A. R. R., Pereira, A. S. P., & Carvalho, R. M. (2004). Psicologia e preconceito. *Revista Estudos*, 31(2), 01-15.
- Tyler, T. R. (1996). Just world phenomenon. In A. S. R. Manstead & M. Hewstone (Eds.), *The Blackwell Encyclopedia of Social Psychology* (pp. 345). Oxford, UK: Blackwell.
- Vitória, C. (1999). *Antropologia do corpo e da saúde em tempos de AIDS*. Retrieved April 02, 2003, from <http://www.geocities.com/timessquare/lair/1217/trabalho.html>
- West, S. G., Aiken, L. S., & Krull, J. L. (1996). Experimental personality designs: Analyzing categorical by continuous variable interactions. *Journal of Personality*, 64(1), 1-49.

Received 25/06/2007
Accepted 17/11/2007

Ana Raquel Rosas Torres. Psicóloga. Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Doutora pela University of Kent at Canterbury e pós-doutora pela Université de Provence. Atualmente é professora titular da Universidade Católica de Goiás (UCG) e professora doutora da UNHANGUERA.

Margareth Regina Gomes Veríssimo de Faria. Psicóloga. Mestre em Psicologia pela UCG. Atualmente é psicóloga - Vila São José Bento Cottolengo e professora convidada da UCG.