

Análisis de expectativas de adhesión al tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en estudiantes de una Universidad Pública

Miguel Bautista Miranda
Wilfrido Isidro Aldana Balderas
Cruz García Lirios

Resumen

La adhesión al tratamiento ha sido un proceso institucional posterior a un diagnóstico que supone un autocuidado y un soporte familiar orientado a la rehabilitación o al tratamiento que, en el mejor de los casos, implica la reinserción social y laboral del paciente. En tal sentido, el objetivo del presente trabajo es analizar las expectativas de adhesión al tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), considerando factores psicológicos, subjetivos y cognitivos. Se llevó a cabo un estudio no experimental con una selección no probabilística de 258 estudiantes de una universidad pública del centro de México. Sin embargo, los resultados muestran que existe una relación directa e indirecta entre las normas con respecto a la adhesión. Tales hallazgos se discuten a la luz del supuesto de que la adhesión es un factor determinado por variables personales.

Palabras clave: salud pública, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), adhesión al tratamiento, normas sociales, modelo.

Abstract

Adherence to treatment has been an institutional process after a diagnosis that involves self-care and family support aimed at rehabilitation or treatment, which in the best case involves the social and occupational reintegration of the patient. In this sense, the objective of this work is to analyze the expectations of adherence to HIV treatment, considering psychological, subjective and cognitive factors. A non-experimental study was carried out with a non-probabilistic selection of 258 students from a public university in central Mexico. However, the results show that there is a direct and indirect relationship between the rules regarding accession. Such findings are discussed in light of the assumption that adherence is a factor determined by personal variables.

Keywords: *Public health, HIV, adherence to treatment, social norms, model.*

Introducción

El objetivo del presente trabajo fue analizar las expectativas de estudiantes en torno a la adhesión al tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en pacientes de instituciones de salud local y regional, así como en organizaciones dedicadas a la atención a portadores del VIH sin acceso a los servicios de salud pública y comunitaria.

El VIH en su fase de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida) como factor de defunción ocupa el primer sitio en la Ciudad de México, seguido de los estados de Veracruz y México. En el caso del género, el VIH es preponderante en hombres de entre 30 y 34 años con respecto a mujeres de entre 25 y 34 años. Es posible observar que la problemática del VIH está centrada en la Ciudad de México, en hombres de entre 30 y 34 años. Ello supone diferencias entre las estrategias de prevención y las estrategias de adhesión al tratamiento (Centro Nacional para la Prevención y el Control del sida, 2012).

En principio, la prevención estriba en la difusión intensiva de mensajes en los que la rectoría del Estado está vigente como gestor y administrador de la salud pública, así como orientador de la vida pública y privada. En ese tenor, prevalece una lógica de procesamiento de información conocida como verosimilitud que consiste en ajustar los mensajes de las instituciones de salud a las normas sociales. Es el caso: si el VIH es una enfermedad de transmisión sexual, entonces el uso correcto del condón prevendrá el estigma y rechazo social que las personas infectadas sufren al ser señaladas por su condición de portadores (García, C., 2018).

El mensaje centrado en la responsabilidad del individuo se vincula con el estigma social de las diferencias respecto a la media. En el caso de portadores de VIH, al ser socialmente etiquetados como diferentes a los demás se apela a su responsabilidad en la prevención de una enfermedad que lo convierta en diferente (García, C., 2006).

En contraste, cuando más bien los mensajes son procesados a partir de los beneficios personales que supone el seguimiento médico, la consultas y la ingesta de medicamentos, prevalece una lógica de verificabilidad en la que el VIH ya no es un riesgo o una amenaza sino, más bien, una situación contingente o área de oportunidad que supone una negociación consigo mismo, un bienestar subjetivo que inicia con una actitud emprendedora e innovadora, culminando con una satisfacción de vida ante una inminente pérdida de salud, bienestar e incluso la vida

misma (Villegas, E., F. Rosas y C. García, 2018).

Aun y cuando el VIH es una enfermedad que deteriora la calidad de vida y el bienestar personal, si se reducen sus efectos con la medicación adecuada el portador puede desarrollar un autoestima y autocuidado que le permitan valorar su existencia y llegar a alcanzar un nivel de satisfacción de vida consigo mismo, permitiéndole aprender a vivir y aceptar la muerte como un proceso vinculatorio e inminente para todo ser humano (Carreón, J. el at., 2017).

A partir de tal escenario y distinciones entre la prevención y la adhesión como fenómenos informativos de procesamiento y difusión en una agenda social, grupal y personal, el presente trabajo realiza una exploración del impacto que tiene el VIH en el sistema sanitario con énfasis en los futuros profesionales de la salud. El modelo incluye diversas fases que son orientadas por la investigación para la prevención de enfermedades, pero al interrelacionar con las estrategias de prevención surgen factores estresantes para quienes llevan a cabo dichos programas (García, C., J. Carreón y J. Hernández, 2017).

Teoría de la adhesión al tratamiento

En virtud de que las actitudes hacia la salud, la enfermedad y el tratamiento han sido determinantes de la prevención, el autocuidado y la adhesión, es menester revisar los fundamentos centrales de las teorías y conceptos que anteceden a la adhesión al tratamiento.

Se trata de un proceso en el que la información disponible en torno a la salud, la enfermedad y el tratamiento se procesa de un modo racional, deliberado, planificado y sistemático, o bien, desde un procesamiento automático, heurístico e improvisado que determinará una decisión, intención y comportamiento (Ajzen, I., 1991: 2001-2002).

La teoría de la discriminación social sostiene que la ambivalencia actitudinal es el resultado de las relaciones de poder asimétricas entre las personas y entre los grupos. Dichas relaciones influyen ambiguamente en las personas y grupos intermedios que no participan abiertamente en el conflicto entre discriminantes y discriminados (Jiménez, 2007).

Así, la teoría de la disonancia cognitiva explica que la ambivalencia se debe a que los mensajes discriminadores provocan inestabilidad y, al mismo tiempo, estabilidad entre los receptores de la información (Álvaro, J., 1995). La recepción de una cantidad significativa de mensajes activa la disonancia cognitiva, que consiste en

aceptar o, en su caso, rechazar los mensajes que se desajustan o concuerdan con sus creencias, valores o percepciones (Pallí, C. y L. Martínez, 2004).

En consecuencia, la teoría de la identidad social plantea que la ambivalencia actitudinal propicia categorizaciones y decisiones sesgadas a favor de los endogrupos y en contra de los exogrupos, aunque la teoría de la acción razonada plantea que, más allá de la identidad y el sentido de pertenencia reflejado en el soporte familiar para la adhesión al tratamiento, será el procesamiento de información el que determine un autocuidado deliberado, planificado y sistemático (Ajzen, I. y M. Fishbein, 1974).

Por consiguiente, una teoría de la adhesión al tratamiento supone las relaciones entre determinantes socioculturales, socioeconómicas, sociocognitivas y socioinstitucionales o sociorganiizacionales con la finalidad de predecir o anticipar escenarios favorables o desfavorables hacia la adhesión al tratamiento (Cepeda, C. et al., 2007).

Es decir, la interrelación entre los factores parece determinar dos estilos de adhesión: una deliberada, planificada y sistemática con base en el procesamiento de información (Guerra, V., A. Díaz y K. Vidal, 2010); y otra imprevista, heurística y automática centrada en las emociones que se construyen en un grupo, escenario o contexto (Rivera, A., M. Montero y R. Sandoval, 2011).

Estudios de la adhesión al tratamiento

Los estudios psicológicos de la salud utilizan las teorías y constructos actitudinales para elaborar programas de prevención del contagio de un buen número de enfermedades. Tales investigaciones han demostrado la unidimensionalidad o la multidimensionalidad de las actitudes a partir de componentes afectivos, cognitivos e intencionales (Valdés, Ó. et al., 2018).

En el caso de las variables del estigma, las expectativas, los conocimientos, las actitudes y las normas han sido determinantes de las estrategias institucionales de adhesión al tratamiento del VIH (véase tabla 1).

Tabla 1. Estudios de la adhesión al tratamiento

Año	Autor	Resultados	Especificación
2009	Chávez, Petzelova y Zapata	El 70 por ciento recibió información de sus familiares; 97 por ciento conoció los preservativos; 89 por ciento tenía información sobre enfermedades de transmisión sexual; 51 por ciento consideró a las relaciones homosexuales como anormales; 41 por ciento estableció la mayoría de edad como ideal para iniciar una vida sexual; 18 por ciento manifestó que iniciaría sus relaciones sexuales después del matrimonio. Pero 18 por ciento tuvo su primer relación a los 16 años; 25 por ciento reconoció haber sido presionado por sus amistadas a tener relaciones sexuales; 31 por ciento declaró que sus padres verían mal el que tuviera relaciones sexuales; 49 por ciento señaló que respetarían las reglas sobre sexualidad de sus padres; 38 por ciento consideró que podía quedar embarazada en su primera relación sexual; 18 por ciento tuvo relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol.	Expectativas de la sexualidad → adhesión al tratamiento del VIH
2010	Oduwole	A medida que el compromiso con su pareja se prolonga, la elección de pareja es más evidente sobre las intenciones impersonales o unilaterales.	Compromiso de la pareja → expectativas → adhesión al tratamiento del VIH
2010	Sultan y Malik	Al respecto, los estudios en torno a conocimientos y actitudes relativas al uso de dispositivos anticonceptivos del personal de salud es significativamente diferente a la opinión pública. Conocimientos insuficientes propiciados por una alta desinformación y actitudes negativas. Por ello se relacionaron con los conocimientos. Sin embargo, la conciencia de contracepción a través del uso de píldoras es muy alta.	Actitudes ↔ conocimiento ← expectativas de adhesión al tratamiento del VIH
2011	Mardones y Guzmán	La explotación sexual comercial está relacionada con el consumo de drogas, negligencia familiar, trastornos psiquiátricos, deserción escolar y pobreza. La adherencia al tratamiento es menor a lo esperado ya que la víctima reincide.	Expectativas → adhesión al tratamiento del VIH
2011	Petracci	En los casos opuestos, el coito interrumpido es la práctica sexual más prevalente en hombres con un compromiso afectivo significativo	Compromiso afectivo → prácticas sexuales ← adhesión al tratamiento del VIH ← expectativas
2011	Silva, Ashton y McNeil	En general, una relación percibida como externa a los intereses y propósitos personales incrementa las posibilidades de delegar la decisión en la mujer	Percepción de relación de pareja → decisión de adhesión al tratamiento ← expectativas de la relación de pareja
2011	Uribe y Orcasita	El 76 por ciento declaró haber recibido información sobre el VIH/sida; 41 por ciento utilizó la televisión para enterarse; 32 por ciento revisó artículos de revistas; 17.6 por ciento utilizó folletos. Respecto al nivel de fobia, a 85 por ciento no le preocupa contraer el VIH, pero el mismo porcentaje evita ver programas sobre el tema. En tanto, 82.4 por ciento cree que es seropositivo, y el mismo porcentaje declaró que podría morir a causa del sida.	Lógica de verosimilitud → expectativas de adhesión al tratamiento del VIH ← lógica de verificabilidad
2012	Becerra et al.	El 86.5 por ciento manifestó un conocimiento aceptable sobre VIH; 35.2 por ciento señaló que podría infectarse por compartir utensilios con portadores. Los conocimientos y las actitudes se asociaron positivamente.	Conocimientos → adhesión al tratamiento del VIH ← actitudes
2012	Davis, Shell y King	El 33 por ciento de los técnicos atendía a pacientes infectados por VIH; 86 por ciento se sentía incómodo con la situación, ya que 44 por ciento no deseaba promover antivirales.	Incomodidad → adhesión al tratamiento del VIH

Año	Autor	Resultados	Especificación
2012	Selesho y Modise	Los estilos de enseñanza influyeron sobre las habilidades y las responsabilidades de los estudiantes. La prevención del VIH/sida fue posible a partir de la implementación de habilidades sociales.	Formación sexual → prevención del VIH/sida → adhesión al tratamiento
2012	Solat et al.	El 52.9 por ciento estuvo consciente de los riesgos de contagio; 39.9 por ciento conocía las medidas de prevención; 43.8 por ciento nunca había usado el condón; 17.2 por ciento tenía conocimiento de su uso correcto	Conocimientos → adhesión al tratamiento del VIH
2013	Abbasi et al.	El 97.9 por ciento de los entrevistados declaró conocer el proceso de infección; el 94 por ciento consideró al virus como mortal; 81.6 por ciento señala que la infección es una tragedia personal; 66 por ciento señaló que no existe vacuna alguna.	Conocimientos → adhesión al tratamiento del VIH
2013	Cobos et al.	Los grupos manifestaron un bajo nivel de conocimientos respecto a infecciones y enfermedades de transmisión sexual, así como la percepción de estigmas en torno al VIH y sus portadores. A partir de tales hallazgos, se considera a la discriminación como la problemática central de las comunidades chontales.	Estigma → adhesión al tratamiento del VIH
2013	García et al.	La norma grupal incidió sobre la actitud hacia portadores de VIH: $\beta = .70$. La relación indirecta entre sexo y actitud a través de la norma: $\beta = -.47$.	Norma grupal → adhesión al tratamiento del VIH
2013	Méndez	El modo de reclutamiento fue una oferta laboral. A menudo un familiar o amigo cercano en quien confía la víctima es utilizado para el reclutamiento. Las víctimas fueron trasladadas en transporte público. El temor a represalias con la víctima o sus familiares inhibió el escape. El sistema judicial es percibido como corrupto y coludido con los traficantes. La exclusión social fue asumida como un castigo de la comunidad ante la situación de explotación sexual comercial. Las experiencias de explotación son asumidas como una motivación para superarse.	Exclusión social → adhesión al tratamiento del VIH
2013	Petro	El 23.3 por ciento de los profesores declaró que los estudiantes están informados del impacto de las relaciones sexuales en su vida académica; 20 por ciento señaló que los estudiantes son responsables de su sexualidad; 33.3 por ciento manifestó que la etapa sexual de los estudiantes supone una práctica temporal; 53.3 por ciento advirtió que los estudiantes ocupan su tiempo en relaciones sexuales más que en su vida académica; 70 por ciento consideró que la educación sexual es determinante de los estilos de vida estudiantiles.	Responsabilidad → práctica sexual → adhesión al tratamiento del VIH
2014	Melton et al.	Encontraron una relación espuria entre la alfabetización médica y la adherencia al tratamiento. Además, plantean que el efecto de la consulta médica sobre la adherencia se llevó a cabo a partir de tres diferencias; información deseada e información recibida; ensayos de aciertos frente a ensayos de error; expectativas de pacientes y expectativas de médicos.	Alfabetización médica → adhesión al tratamiento

Fuente: elaborada con base en Javier Carreón (2016).

De este modo, las actitudes son disposiciones desfavorables o favorables, negativas o positivas en torno a las enfermedades y sus portadores. En consecuencia, son las determinantes de la despersonalización y el prejuicio, principales indicadores de la exclusión social. Sin embargo, también son las determinantes de la confianza y la conformidad, principales indicadores de la inclusión social. En esa virtud, tres teorías han conceptualizado la ambivalencia actitudinal observada o, en su caso, inferida en la exclusión e inclusión social (García, C., 2017a).

El proceso de adhesión, a diferencia del de la prevención, que es un tema incluido en la agenda de instituciones de salud, supone su establecimiento en una agenda personal ya que, en su mayoría, la adhesión depende del individuo más que de un grupo o institución como en el caso de la prevención (Anguiano, F. et al., 2017).

Los estudios de la adhesión al tratamiento del VIH legitiman la intolerancia o aceptación de los portadores de VIH (Oceja, L. et al., 2001), reforzando con ello la pertenencia a un grupo excluyente o incluyente (Moral, F., J. Canto y L. Gómez, 2004). O bien, refuerzan el prestigio y la influencia de un grupo al que se pertenece o se quiere pertenecer y el desprestigio de un grupo al que no se pertenece ni se quiere pertenecer (Contreras, C. F. Correa y L. García, 2005). A partir de estas categorizaciones, decisiones y comportamientos sesgados, tanto los grupos excluyentes como los grupos incluyentes construyen normas de aceptación o rechazo de las personas y los grupos (Moya, M. y E. Morales, 2005). La ambivalencia actitudinal activa un proceso de diferenciación entre el endo y el exogrupo (Techio, E. y A. Calderón, 2005). La comparación social resultante influirá en el autoconcepto de las personas o los grupos tanto intolerables como tolerables (Pastor, 2006).

De allí que resulte pertinente llevar a cabo un estudio sobre las expectativas de la adhesión al tratamiento en sus dimensiones excluyente e incluyente para iniciar el estudio sistemático de las relaciones entre potenciales trabajadores social con respecto a la adhesión al tratamiento de portadores del VIH (Bautista, M. et al., 2016).

En vista de que los futuros profesionales de la salud, principalmente quienes estudian trabajo social, estarán expuestos a diversos factores informativos que determinarán sus estrategias de prevención y adhesión al tratamiento de grupos vulnerados por el VIH, cabe preguntar qué tan cercanas resultan las trayectorias de relaciones de dependencia entre las variables reportadas en el estado del conocimiento en relación con las observaciones realizadas en una muestra de estudiantes de una universidad pública del centro de México con respecto a los determinantes de la adhesión al tratamiento (García, C., 2017b).

Debido a que la problemática del VIH está centrada en la adhesión al tratamiento

más que a la prevención de la enfermedad, entonces las trayectorias de relaciones de dependencia entre los factores que la literatura cita como determinantes de la adhesión se ajustarán a las observaciones realizadas en un estudio con universitarios del centro de México (Carreón, J., et al., 2016).

El VIH, al ser una problemática concentrada en la Ciudad de México, prevaeciente en hombres de 30 a 34 años y con el respectivo periodo de incubación de 10 años, ha sido explicado desde factores psicológicos, más que sociales y grupales. Es consecuente que las trayectorias de relaciones de dependencia sugeridas por la literatura revisada serán diferentes a las observaciones realizadas en una muestra de estudiantes de una universidad pública del Estado de México (García, C. et al., 2016).

Método

Formulación

La pregunta que el presente estudio trata de responder es: ¿existen diferencias significativas entre las dimensiones teóricas de las expectativas de adhesión al tratamiento del VIH con respecto a las dimensiones empíricas a ser observadas?

Hipótesis

La hipótesis nula que responde a la pregunta de investigación es: existirán diferencias significativas entre las expectativas teóricas de la adhesión al tratamiento del VIH con respecto a las dimensiones empíricas a ser observadas.

La hipótesis alterna es: no existirán diferencias significativas entre las dimensiones teóricas de las expectativas de adhesión al tratamiento con respecto a las dimensiones empíricas a ser observadas.

Escenario

La universidad pública en la que se llevó a cabo el estudio es de reciente creación y pertenece a una zona con alta densidad poblacional que alcanzó en el último censo siete por ciento de jóvenes menores de 29 años: $M = 24.5$ $DE = .456$. Si bien 2013 fue el año de su fundación, fue hasta 2015 cuando los estudiantes de trabajo social empezaron a realizar sus prácticas profesionales en instituciones, hospitales y centros de salud pública de la región y la localidad.

En ese tenor, durante el periodo que va de abril de 2016 a diciembre de 2016 se gestionó y llevó a cabo el sistema de práctica profesional de la escuela, que con-

siste en un mínimo de cuatro horas que corresponde al mismo número de horas dedicada a la teoría, pero ello no excluye el hecho de que en la misma institución, hospital o centro de salud pública aprendan cuestiones teóricas y conceptuales que se ajusten a las actividades preventivas de la salud y promotoras de la adhesión al tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas, así como la adopción de estilos de autocuidado. El 34.2 por ciento de los estudiantes de la universidad pública acude a las prácticas profesionales; 22.3 por ciento se vincula directamente con pacientes en diferentes instancias y etapas de su enfermedad relacionada con el VIH; 14.3 por ciento llevó a cabo sus prácticas con casos de adhesión al tratamiento.

Diseño

Se llevó a cabo un estudio transversal de corte cuantitativo.

Muestra

Se realizó una selección no probabilística de 258 estudiantes de un total de 431 adscritos a la universidad pública. El criterio de selección fue pertenecer al sistema de prácticas y servicio social en instancias organizacionales “Solo por ayudar” de apoyo a grupos vulnerados e instituciones de salud comunitaria del programa de Seguro Popular, con y sin fines de lucro, del municipio de Chimalhuacán, Estado de México.

Instrumento

Se utilizó una versión corta de la Escala de Adherencia al Tratamiento de Enfermedades Crónico-Degenerativas de Javier Carreón (2016) que incluye 72 aseveraciones en torno a normas —alfa = 0.724—; valores —alfa = 0.789—; creencias —alfa = 0.761—; percepciones —alfa = 0.829—; conocimientos —alfa = 0.895—; habilidades —alfa = 0.886—; actitudes —alfa = 0.856—; intenciones —alfa 0.725— y comportamientos —alfa 0.826—; con cinco opciones de respuesta que van desde “nada probable” hasta “muy probable”, alcanzando un valor máximo de 36 que se interpreta como una alta expectativa de adhesión al tratamiento para la versión empleada en el estudio.

Procedimiento

Se entrevistaron y encuestaron a los participantes en las instalaciones de la universidad, considerando su participación en el sistema de prácticas profesionales. Se les informó que los resultados de la investigación no afectarían ni positiva ni

negativamente su situación escolar. Se les pidió que contestaran honestamente a las preguntas y aseveraciones. Se les invitó a que consultaran los resultados en el informe final del grupo de investigación. Los datos fueron procesados en el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS, por sus siglas en inglés) y el Software de Análisis de Momentos Estructurales (AMOS, por sus siglas en inglés) en sus versiones 10 y 6.0

Análisis

Se utilizaron los parámetros de Curtosis, alfa de Cronbach, coeficientes KMO, prueba de Bartlett, pesos factoriales, correlaciones de Pearson, covarianzas phi, pesos beta y gama, así como índices de ajuste y residuales a fin de contrastar el modelo de relaciones especificadas con los datos observados.

Normalidad

El valor Curtosis cercano a la unidad fue asumido como evidencia de distribución normal de las respuestas de encuestados con respecto a las aseveraciones que miden las variables del estudio en un instrumento con opciones de respuesta y niveles de medición intervalar.

Validez

Los coeficientes KMO superiores a 0.600 y la prueba de Bartlett con niveles de significancia menor a 0.050 fueron asumidas como evidencia de correlaciones producto-momento que facilitaron el análisis factorial exploratorio de ejes principales con rotación promax. Posteriormente, los pesos factoriales superiores a 0.300 fueron considerados como evidencias de la maximización de varianza en cuanto a los factores derivados del análisis exploratorio. Los porcentajes de varianza explicada superiores a 0.20 fueron asumidos como evidencia de aceptación de la hipótesis nula.

Confiabilidad

El valor alfa de Cronbach superior a 0.60 fue asumido como suficiente para demostrar la consistencia interna de los indicadores con respecto a la escala general y las subescalas particulares. La correlación producto-momento superior a 0.90 fue considerada como una evidencia de colinealidad y multicolinealidad, las cuales significan que los ítems son similares en cuanto a sus contenidos.

Correlación

Los valores r de Pearson cercanos a la unidad y al cero fueron descartados de posteriores análisis ya que significan relaciones colineales o espurias. En cambio, aquellos valores superiores a 0.30 e inferiores a 0.90 fueron asumidos como evidencias de relaciones de dependencia.

Covarianza

Los valores ϕ entre 0.30 y 0.90 fueron identificados como evidencias de relaciones de dependencia para el caso de variables categóricas o en combinación con variables continuas.

Estructura

Los valores β , entre variables exógenas y endógenas de entre 0.30 y 0.90, fueron asumidas como evidencia de relaciones de dependencia. Del mismo modo, los valores γ entre variables endógenas cercanos a cero o a la unidad fueron descartados de posteriores análisis.

Ajuste

El Índice de Bondad de Ajuste (GFI, por sus siglas en inglés) cercano a la unidad fue asumido como evidencia de ajuste y aceptación de la hipótesis nula. Por el contrario, los valores inferiores a 0.975 fueron considerados como evidencia de rechazo de la hipótesis nula y aceptación de la hipótesis alterna.

Residual

Los valores cercanos a cero fueron asumidos como evidencia de ajuste entre las relaciones especificadas y los datos obtenidos, por consiguiente, se aceptó la hipótesis nula de ajuste entre ambos modelos. En contraste, los valores superiores a 0.007 fueron considerados como evidencia de rechazo de la hipótesis nula.

Resultados

La tabla 2 muestra los valores de distribución normal inferidos por el sesgo y la Curtosis, así como la fiabilidad del instrumento establecido por el coeficiente alfa de Cronbach, considerando un mínimo indispensable de .700, así como los nueve factores reportados por la literatura.

R	M	D	S	C	A	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9
R34	4.01	1.50	1.46	1.14	.748	.401								
R35	4.03	1.89	1.67	1.10	.759	.483								
R36	4.65	1.50	1.46	1.44	.783	.564								

R = Reactivo. M = Media. D = Desviación Estándar. A = alfa de Cronbach quitando el valor del ítem. Adecuación: KMO = .782. Esfericidad: $[\chi^2 = 453.21 (37gl) p = .000]$. Extracción: ejes principales con rotación promax. F1 = Normas (24 por ciento de la varianza total explicada). F2 = Valores (19 por ciento de la varianza total explicada). F3 = Creencias (13 por ciento de la varianza total explicada). F4 = Percepciones (11 por ciento de la varianza total explicada). F5 = Conocimientos (nueve por ciento de la varianza total explicada). F6 = Habilidades (siete por ciento de la varianza total explicada). F7 = Actitudes (cinco por ciento de la varianza total explicada). F8 = Intenciones (tres por ciento de la varianza total explicada). F9 = Comportamientos (uno por ciento de la varianza total explicada).

Fuente: elaborada con los datos del estudio.

Una vez establecida la distribución normal, la consistencia interna y la validez de los factores, se procedió a estimar la asociación entre los factores, así como sus relaciones posibles (véase tabla 2).

Tabla 2. Correlaciones entre los factores

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9
Normas	1.00								
Valores	.347	1.00							
Creencias	.301	.431***	1.00						
Percepciones	.325	.351	.349	1.00					
Conocimientos	.294	.293	.456**	.214	1.00				
Habilidades	.214	.110	.328	.234	.395	1.00			
Actitudes	.104	.231	.325	.256	.435**	.305	1.00		
Intenciones	.135	.204	.214	.357	.325	.324	.124	1.00	
Comportamientos	.243	.354	.305	.230	.356	.357	.436***	.223	1.00

*p < .01; **p < .001; ***p < .0001

Fuente: Elaborada con los datos del estudio

Es posible advertir relaciones significativas entre creencias y valores $r = .431$; $p < .0001$; conocimiento y creencias $r = .456$; $p < .001$; actitudes con conocimientos $r = .435$; $p < .001$; así como entre comportamientos y actitudes $r = .436$; $p < .0001$. Tales resultados parecen evidenciar la prevalencia de un lapso de racionalidad, deliberación, planificación y sistematización que explicarían las expectativas de la adhesión al tratamiento del VIH.

Las relaciones entre los factores permitieron llevar a cabo las covarianzas o relaciones posibles entre las dimensiones. La tabla 3 muestra la posible relación entre percepciones y valores $cov = .834$, acorde a la suma del porcentaje total de varianza explicada 30 por ciento; así como entre intenciones y percepciones $cov = .854$, acorde a la suma del porcentaje total de varianza 14 por ciento.

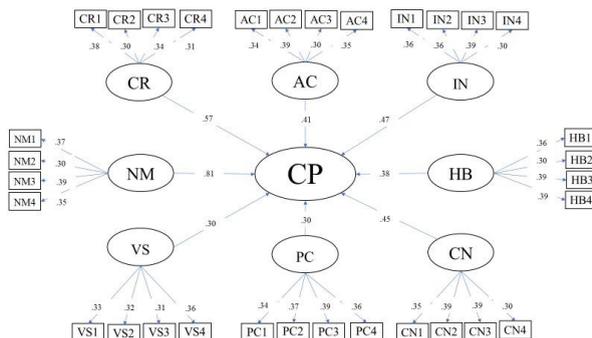
Tabla 3. Covarianzas entre los factores

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9
Normas	1.594								
Valores	.743	1.593							
Creencias	.549	.604	1.821						
Percepciones	.601	.834	.548	1.972					
Conocimientos	.732	.730	.648	.540	1.783				
Habilidades	.784	.781	.659	.732	.435	1.603			
Actitudes	.739	.780	.723	.751	.541	.731	1.567		
Intenciones	.501	.783	.854	.749	.654	.650	.739	1.403	
Comportamientos	.732	.772	.734	.549	.605	.540	.548	.693	1.457

Fuente: elaborada con los datos del estudio.

Una vez establecidas las relaciones posibles entre los factores, se procedió a estimar el modelo estructural en el que es posible observar las trayectorias de las relaciones entre factores e indicadores (véase figura 1).

Figura 1. Modelo estructural de trayectorias entre factores e indicadores



NM = Normas. VS = Valores. CR = Creencias. AC = Actitudes. IN = Intenciones. PC = Percepciones. CN = Conocimiento. HB = Habilidades. CP = Comportamiento.

Fuente: elaborada con los datos del estudio.

A partir de un modelo estructural $-\chi^2 = 22.75$ (26gl) $p = 0.000$; GFI = 0.950; CFI = 0.925; NFI = 0.970; RMSEA = 0.003; RMR = 0.000; R2 = 0.148—, las normas determinaron la adherencia al tratamiento del VIH: $\gamma = 0.81$.

Sin embargo, algunas cuestiones relativas a la psicología de la salud pública en general y los estudios psicológicos de la adhesión al tratamiento en particular serán discutidos a continuación.

Discusión

La contribución del presente estudio al estado del conocimiento estriba en el análisis de las expectativas de adhesión al tratamiento del VIH, pero el tipo de estudio no experimental, el tipo de muestreo no probabilístico y el tipo de análisis exploratorio limitan los resultados al escenario de la investigación, aunque en la literatura consultada advierte que son las creencias, actitudes, conocimientos e intenciones las determinantes de la adhesión al tratamiento, siempre que el diagnóstico oriente la toma de decisiones con base en los beneficios esperados, más que en los costos percibidos.

Javier Carreón (2016) demostró que las expectativas de adhesión al tratamiento del VIH derivan de la identidad, más que del procesamiento de información. En tal sentido, el presente trabajo complementa esos hallazgos al demostrar que las normas determinan las conductas de adhesión al tratamiento.

No obstante, la adhesión al tratamiento, al ser una dimensión institucional más que grupal o individual, supone un proceso isomórfico en el que los centros de salud u organizaciones civiles siguen lineamientos de organismos internacionales para intervenir con base en protocolos y estándares internacionales, sin considerar la especificidad del contexto.

Por consiguiente, la inclusión de variables institucionalistas como el isomorfismo normativo, el isomorfismo profesional o el isomorfismo laboral complementarían los hallazgos a partir de los factores cognitivos.

El objetivo del presente trabajo fue analizar las expectativas de adhesión al tratamiento del VIH, pero el tipo de diseño, estudio, muestreo y análisis limitaron los resultados al escenario de la investigación, sugiriendo la inclusión de factores institucionales como el isomorfismo en sus dimensiones normativas, laboral y profesionales, que complementarían la explicación de las relaciones entre los factores socioculturales de normas y valores, así como los factores sociocognitivos como creencias, percepciones, conocimientos, actitudes e intenciones sobre el factor conductual de la adhesión al tratamiento.

Referencias

Ajzen, Icek, 1991, "The Theory of Planned Behavior", *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, vol. 50, núm. 2, pp. 179-211.

Ajzen, Icek, 2001, "Nature and operation of attitudes", *Annual Review Psychology*, vol. 52, núm. 1, pp. 27-58.

Ajzen, Icek, 2002, "Attitudes", en Rocio Fernandez Ballesteros (ed.), *Encyclopedia of Psychological Assessment*, Londres, Sage Publications, pp. 110-115.

Ajzen, Icek y Martin Fishbein, 1974, "Factors Influencing Intentions and the Intention Behavior Relation", *Human Relations*, vol. 27, núm. 1, pp. 1-15.

Álvaro Estramiana, José Luis, 1995, *Psicología Social: perspectivas teóricas y metodológicas*, Madrid, Siglo XXI Editores.

Álvaro Estramiana, José Luis y A. Garrido, 2003, "Teoría sociológica y vínculos psicosociales", en José Luis Álvaro Estramiana (coord.), *Fundamentos sociales del comportamiento humano*, Barcelona, Universitat Oberta de Catalunya, pp. 45-110.

Anguiano, Fermín, Carlos Islas, Cruz García, Javier Carreón, Óscar Valdés y Jorge Hernández, 2017, "Gobernanza de la salud dermatológica: Modelo de prevención sanitaria y tratamiento con implicaciones para un dispositivo de intervención desde el Trabajo Social", *Ehquidad*, núm. 7, pp. 17-143.

Bautista, Miguel, María de los Ángeles Delgado, Cruz García, Óscar Valdés, Guillermina Hernández, Alfredo Castro y Karla Trujillo, 2016, "Contrastación de un modelo de cultura organizacional en centros de salud comunitaria ante la difusión del VIH/SIDA desde el Trabajo Social", *Enseñanza e Investigación en Psicología*, vol. 21, núm. 3, pp. 248-255.

Carreón, Javier, 2016, *Desarrollo Humano: Gobernanza y Emprendimiento Social*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Escuela Nacional de Trabajo Social.

Carreón, Javier, Miranda Bautista, Cruz García, Guillermina Hernández, Francisco Sandoval, Gabriel Pérez y Óscar Valdés, 2016, "Confiabilidad y validez de un instrumento que mide percepciones de salud ocupacional en migrantes de Huehuetoca, Estado de México", *Obets*, 11 (2), pp. 569-581.

Carreón, Javier, Jorge Hernández, José Bustos y Cruz García, 2017, "Confiabilidad y validez de un instrumento que mide el compromiso laboral de trabajadoras sociales en instituciones de asistencia sanitaria", *Encrucijada*, núm. 26, pp. 69-86.

Centro Nacional para la Prevención y el Control del sida, 2010, *VIH/SIDA en México*, México, Censida.

Cepeda, C., C. Wanner, C. Barrales y N. Núñez, 2007, "Locus de control y adherencia al tratamiento de personas con insuficiencia renal crónica", *Ciencia Psicológica*, 1, pp. 1-7.

Contreras, C., F. Correa y L. García, 2005, "Participación política no convencional: culturas de protesta versus culturas institucionales", *Polis*, núm. 1, pp. 181-210.

García Lirios, Cruz, 2006, "La estructura de la actitud hacia los hospitales", *Psicopedía*, 8 (2), pp. 1-11.

García Lirios, Cruz, 2017a, "Modelo de salud ocupacional migratoria intercultural", *Ciencias y Humanismo en la Salud*, 4 (2), pp. 24-31.

García Lirios, Cruz, 2017b, "Política de salud comunitaria y la adhesión al tratamiento del cáncer cervical en una comunidad del centro de México", *Epsys*, núm. 11, pp. 1-6.

García Lirios, Cruz, 2018, "Redes informativas de salud comunitaria en una localidad del centro de México", *Epsys*, núm. 12, pp. 1-20.

García Lirios, Cruz, Javier Carreón y Jorge Hernández, 2017, "Límites de los estudios de salud ocupacional. Estudio de adhesión al tratamiento del asma de trabajadores migrantes adultos mayores del Estado de México", *Visión Gerencial*, 16 (1), pp. 103-118.

García, C., J. Carreón, F. R. Sandoval, J. M. Bustos y J. A. Aguilar, 2016, "Estructura de la cultura laboral en una institución de promoción de salud pública", *Arequipa*, 6 (1), pp. 291-304.

Guerra, Verónica, Alejandro Díaz y Katherine Vidal, 2010, "La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialfítica", *Revista Cubana de Enfermería*, vol. 26, núm. 2, pp. 126-136.

Moral, F., J. Canto y L. Gómez, 2004, "Internet y des-individualización. Nuevas perspectivas sobre la des-individualización en la red: el modelo de la identidad social de los fenómenos de des-individualización (SIDE)", *Revista de Psicología Social*, núm. 9, pp. 93-106.

Moya, M. y E. Morales, 2005, "Reacciones psicopolíticas ante los ataques terroristas del 11 de marzo de 2004", *Revista de Psicología Social*, núm. 20, pp. 331-350.

Oceja, Luis, P. Fernández, P. González e Isabel Jiménez, 2001, "Hacia una clasificación psicosocial de las normas", *Estudios de Psicología*, 22 (1), pp. 227-242.

Pallí, C. y L. Martínez, 2004, "Naturaleza y organización de las actitudes", en Tomás Ibáñez, (coord.), *Introducción a la psicología social*, Barcelona, Universitat Oberta de Catalunya, pp. 183-254.

Rivera, Armando, María Montero y Rosalba Sandoval, 2011, "Cualidades psicométricas de la Escala de Soporte Social de Salud en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica", *Psicología y Salud*, vol. 21, núm. 2, pp. 173-183.

Techio, Elsa María y Alicia Calderón, 2005, "Relaciones intergrupales, valores, identidad social y prejuicio en España después del atentado terrorista del 11 de marzo", *Revista de Psicología Social*, vol. 20, núm. 3, pp. 277-288.

Valdés, Óscar, Felipe de Jesús Vilchis, Miguel Bautista, Cruz García y Alfredo Castro, 2018, "Adhesión al tratamiento de la insuficiencia renal crónica", *Margen*, núm. 84, pp. 1-8.

Villegas, Elezer, Francisco Rosas y Cruz García, 2018, "Social Works towards a Quality Life and Well- being Subjective", *International Journal of Research in Humanities & Social Studies*, 5 (6), pp. 35-48.