

VOLUMEN 12 NÚMERO 1

JUNIO 2021

REVISTA DE PSICOLOGÍA
GEPU

ISSN-2145-6569

www.revistadepsicologiagepu.es.tl
Grupo Estudiantil y Profesional de
Psicología Universidad del Valle
Santiago de Cali, Colombia





REVISTA DE PSICOLOGÍA GEPU

Vol. 12 No. 1 – Junio de 2021

ISSN 2145-6569

Editor

Andrey Velásquez Fernández

andrey.velasquez@correounivalle.edu.co



COMITE EDITORIAL

Cindy Carolina Valencia
Corporación Viviendo

Laura Daniela de los Ríos
Universidad Javeriana Cali

Nicole Andrea Pérez
Universidad del Valle

María Alejandra Claros
Universidad del Valle

Dangelly Muñoz
Universidad del Valle

Diego Alejandro López González
Fundación Católica Lumen Gentium

Natalia Ramírez Moncada
Universidad del Valle

Diana Mildred Rodríguez
Universidad del Valle

Helena Rojas Garzón
Fundación Paz y Bien

Kanelalejandra Frieri
Universidad del Valle

CONSULTORES NACIONALES

Leonel Valencia Legarda
Universidad San Buenaventura

Jorge Alexander Daza
Universidad Católica de Pereira

Andrés de Bedout Hoyos
Universidad San Buenaventura

Ximena Ortega Delgado
Universidad Mariana

Daniel Hurtado Cano
Universidad Manuela Beltrán

CONSULTORES INTERNACIONALES

Marcela Alejandra Parra
Universidad Autónoma de Barcelona

Blanca Hurtado Caceda
Universidad Alas Peruanas

María Amparo Miranda Salazar
Universidad del Valle de México

Adriana Savio Corvino
Universidad de la República

Hilda Janett Caquias
Escuela de Medicina de Ponce

COORDINADORES DE DISTRIBUCION

Margarita Ojeda
Asociación Paraguaya de Neuropsicología

Mario Rosero Ordoñez
Universidad Mariana

Nora Couso
Área de Medición Educativa Provincia del
Chubut de Argentina

Pablo Antonio Vásquez
Corporación para la Intervención Neuropsicopedagógica
y la Salud Mental

INDEXACIONES



AUSPICIADORES



La **Revista de Psicología GEPU** es publicada por el Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle, 5 piso, Edificio D8, Ciudadela Universitaria Meléndez, Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia. Los artículos son responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la opinión del Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle. Hecho en Colombia - Sudamérica.

IBSN

Revista de Psicología GEPU Vol. 12 No. 1 by Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported License. Creado a partir de la obra en <http://revistadepsicologiagepu.es.tl/Vol.-12-No.-1.htm>



CONTRASTACIÓN DE UN MODELO DE ADHESIÓN AL TRATAMIENTO DE COVID-19 EN ESTUDIANTES DEL CENTRO DE MÉXICO

Griselda Pérez Hernández, Sonia Sujell Velez-Baez, Felipe de Jesús Vilchis Mora, María Luisa Quintero Soto, Sofía López de Nava Tapia & Cruz García Lirios

Universidad Autónoma del Estado de México, Universidad Autónoma Metropolitana & Universidad Nacional Autónoma de México/ México

Referencia Recomendada: Perez Hernandez, G., Velez Baez, S., Vilchis Mora, F., Quintero Soto, M., López de Nava Tapia, S. & García Lirios, C. (2021). Contrastación de un modelo de adhesión al tratamiento de covid-19 en estudiantes del centro de México. *Revista de Psicología GEPU*, 12 (1), 07- 19.

Resumen: La adherencia al tratamiento es un eje central en la agenda sanitaria. En el marco de la pandemia de SARS CoV-2, es necesario predecir este fenómeno. El objetivo del presente trabajo fue contrastar un modelo de ecuaciones estructurales. Se realizó un trabajo confirmatorio, psicométrico y transversal con una selección de 100 estudiantes, considerando su participación en el servicio social y prácticas profesionales en hospitales públicos del centro de México. Se encontró una estructura factorial que explica el 62% de la varianza total, sugiriendo el contraste del modelo en otros escenarios.

Palabras clave: Salud, psicología, adherencia, autocuidado, enfermedades respiratorias.

Abstract: The adhesion to the treatment is a central axis in the health agenda. In the frame of the SARS CoV-2 pandemic, it is necessary to predict this phenomenon. The aim of the present work was to contrast a model of structural equations. A confirmatory, psychometric and cross-sectional study was carried out with a selection of 100 students, considering their participation in the social service and professional practices in public hospitals in the Mexico uptown. It was found a factorial structure that explains the 62% of the total variance, suggesting the contrast of the model in other stages.

Key Words: Health, Psychology, Adhesion, Self care, Respiratory illnesses.

Recibido: 6 de Febrero de 2021 / **Aprobado:** 30 de Junio de 2021

Griselda Pérez Hernández. UTEG, Correo electrónico: griselda_perez@uteg.mx Sonia Sujell Velez Baez. UAQ, Correo electrónico: sujellyb@uaq.mx Felipe de Jesús Vilchis Mora. UAEMEX, Correo electrónico: fdvilchism@uaemex.mx María Luisa Quintero Soto. UAEMEX, Correo electrónico: mlquinteros@uaemex.mx Sofía López de Nava Tapia. UNAM, Correo electrónico: bundesnanza@icloud.com Cruz García Lirios. UAM, Correo electrónico: cs96327267@titlani.uam.mx

Introducción

En el momento de escribir este artículo, 100 millones han sido infectados y tres millones han muerto en todo el mundo a causa de la pandemia del SARS CoV-2 y la enfermedad Covid-19 (WHO, 2021). En México, aun cuando los subregistros son reconocidos por la autoridad sanitaria, han muerto 170 mil (PAHO, 2021).

El objetivo de la investigación es mostrar la prevalencia de los determinantes psicosociales de la salud pública centrados en las enfermedades respiratorias en cuatro líneas principales de conocimiento en materia de regulación, políticas, incidencia e investigación.

¿Existen diferencias significativas entre las dimensiones de adhesión al tratamiento reportadas en la literatura con respecto a la estructura observada en el presente trabajo?

La premisa que guía la presente investigación advierte que la adhesión al tratamiento de la Covid-19 es resultado de una situación de alto riesgo en la que las demandas del entorno sobrepasan a los recursos internos (García et al., 2021). Por consiguiente, sus dimensiones se diversifican en función del soporte social y familiar, ya que los usuarios de instituciones de salud advierten su incapacidad para generar una atención a la altura de las circunstancias. De este modo, los ejes, trayectorias y relaciones que explican la adhesión al tratamiento son factores mediadores del impacto de las políticas de contención y mitigación instrumentadas como aislamiento y distanciamiento social. En esta secuencia de incidencia de las estrategias y programas de detección de inmunización, las variables normativas y cognitivas son mediadoras y predictoras directas del autocuidado.

El aporte del presente trabajo al estado de la cuestión radica en la revisión sistemática de los marcos teóricos, conceptuales y empíricos de la adhesión al tratamiento como un proceso deliberado, planificado y sistemático de gestión de recursos como alcohol gel, mascarillas, tanques de oxígeno, abastecimiento de ventiladores y organización de brigadas para afrontar los efectos de la Covid-19 en los sectores que se distinguen por su grado de fraternidad. En seguida, se exponen las decisiones metodológicas que sustentan los resultados y la discusión también incluidos en los subsecuentes apartados. Al final se reflexiona sobre las estrategias de adhesión al tratamiento centradas en el soporte social y familiar ante los fallos institucionales reconocidos por las autoridades en la materia.

Teoría de la adhesión al tratamiento

En este apartado se advierten los ejes teóricos y los temas centrales de la adhesión al tratamiento como estructura predictiva del autocuidado en usuarios de servicios públicos de salud colectiva o comunitaria. Se exponen los marcos conceptuales que anticipan la respuesta de inmunización a partir del procesamiento de información difundida en los medios, así como de las redes electrónicas como Facebook, Twitter, SnapChat, WhatsApp, YouTube, Periscope e Instagram. Se discuten las relaciones entre las

variables electrónicas con las normativas y cognitivas en función de la emergencia del autocuidado como indicador de inmunización.

La teoría de la acción razonada y más tarde, la teoría de la conducta planificada ambos se refieren a las intenciones como factores intermedios entre creencias y comportamientos. Estas son decisiones futuras, factibles y mensurables que transmiten los efectos de las creencias pasadas en los comportamientos futuros (Ajzen, 2002). Incluso la teoría postula intenciones específicas como el principal determinante de las conductas delimitadas. Son decisiones enfocadas en expectativas de costos y beneficios que activan acciones limitadas a minimizar costos y maximizar beneficios.

Las evaluaciones positivas o negativas de la enfermedad pueden complementarse con decisiones sobre el cuidado personal, la familia, la pareja y otros grupos (García, 2021). Las intenciones son otra dimensión actitudinal que no ha sido explorada, descrita ni siquiera explicada. El estado de conocimiento indica que hay dos teorías encargadas de las intenciones.

Los corpus teóricos que anticipan la respuesta de autocuidado en los usuarios de servicios públicos de salud destacan la utilidad percibida, así como los motivos intrínsecos como factores determinantes del autocuidado y la prevención de riesgos, indicada por la gestión de las pruebas de detección, los medicamentos y el uso de mascarillas, alcohol gel y caretas, así como del lavado frecuente de manos y el eventual trámite para la aplicación de vacunas (Bustos et al., 2021). En el caso de la gestión de tanques de oxígeno, así como de ventiladores para enfermos e Covid-19, las teorías advierten que se precisa una estrategia de actualización y especialización constante de la situación, ya que el incremento de casos y la escasez de los recursos, activa la solidaridad y la cooperación entre los sectores de la población que comparten creencias de bienestar colectivo.

Mientras que la teoría de la acción razona pone el énfasis en las creencias como sustento de la solidaridad y apoyo social, la teoría del comportamiento planificado advierte que el control conductual de los gestores de la pandemia a nivel local explica la reducción del impacto de la pandemia en los sectores organizados en torno al bienestar colectivo (Hernández et al., 2020). Se trata de dos secuencias explicativas diferenciales, ya que la primera apuesta por la regulación de las normas subjetivas al cúmulo de información diseminada en la comunicación de riesgos de las autoridades y la segunda se desarrolla a partir de las experiencias alcanzadas desde la pandemia de la influenza H1N1 que tuvo como origen el centro de México.

Sin embargo, ambas teorías soslayan la incidencia de los medios en las decisiones de los infectados y sus familias. Se trata de un proceso en el que las imágenes pueden activar comportamientos de riesgo como el hacinamiento. O bien, la información consistente en mensajes puede generar comportamientos de autocuidado como es la insistencia en el uso de mascarillas.

La teoría que explica el efecto de los medios de comunicación en el comportamiento de las personas advierte que la adopción de la tecnología es posible siempre y cuando se perciba como fácil de usar y sea útil para la vida cotidiana del contagiado y sus familiares (Bustos et al., 2020). De este modo, la comunicación social de las autoridades al ser directa e ilustrativa impacta los usos y costumbres de los pacientes de un modo tal que desarrolla el auto-confinamiento.

Es así como las teorías de la acción razonada, el comportamiento planificado y la adopción de la tecnología explican una secuencia ideal de prevención de contagios, atención a enfermos y cuidado del entorno familiar, pero también anticipan escenarios catastróficos en donde la comunicación de riesgos o su ausencia propicia actitudes conductas de riesgo donde los contagios se intensifican las enfermedades se exacerban (Carreon et al., 2020).

Estudios de la adhesión al tratamiento

Los estudios psicológicos de la adherencia al tratamiento muestran que las creencias y actitudes hacia el autocuidado son determinantes de la adherencia al tratamiento. En el caso de las enfermedades respiratorias, este proceso se ve atenuado por la percepción de riesgo que se propuso dilucidar en el presente estudio. En el estudio de Carreón (2011) las normas del contexto laboral incidían en el autocuidado y la prevención de accidentes de trabajo, mediadas por la percepción de riesgos y políticas de seguridad interna,

Los estudios de salud actitudinal han demostrado que estos son unidimensionales y aluden a evaluaciones favorables o desfavorables de los objetos (Javiedes, 2004). Esta dimensión explica las razones que llevan a las personas a aceptar o rechazar objetos actitudinales. Casaño et al., (2020) demostraron que la adherencia al tratamiento está relacionada con la calidad de vida. En este sentido, en el caso de las enfermedades respiratorias, los estudios actitudinales sugieren que las epidemias son evaluadas como desfavorables por los grupos a los que pertenecen los pacientes en cuidados intensivos.

Sin embargo, otros estudios indican que las evaluaciones pueden ser favorables cuando se trata de enfermedades que no justifican una estadía prolongada. Las personas tienden a valorar positivamente aquellas enfermedades cíclicas que activan mecanismos de prevención y tratamiento de enfermedades (Pallí y Martínez, 2004). Dicha evaluación favorable hacia las enfermedades agudas se enmarca en un autoconcepto positivo en el que el cuidado de la salud es un factor que aumenta la imagen positiva de uno mismo.

Estudios experimentales (control y manipulación de variables) han demostrado que la incertidumbre de los riesgos favorece la búsqueda de bajos costos y altos beneficios, frente a la certeza de riesgos que favorece la búsqueda de bajos costos y altos beneficios. Es decir, cuando las enfermedades son inciertas, las personas corren el riesgo de obtener soluciones costosas. García et al., (2020) sugieren que la adherencia al tratamiento es reducida por agentes externos al apoyo social y familiar que configuran la adherencia a las barreras.

Los estudios cuasiexperimentales (control de variables) solo han demostrado que las expectativas de riesgo son desencadenantes de creencias e intenciones en torno a una enfermedad. Vargas et al., (2020) encontraron que la edad y las reacciones adversas al tratamiento reducen la adherencia y aumentan la adherencia a las barreras. En este sentido, las actitudes hacia las enfermedades respiratorias inciertas tienen relación con los grupos en los que se encuentran inmersos los individuos.

Método

Diseño

Se realizó un estudio cuantitativo transversal.

Muestra

Se realizó una selección no probabilística de 100 estudiantes de una universidad pública. El criterio de selección fue pertenecer al sistema de prácticas y servicio social en organizaciones e instituciones con y sin fines de lucro del municipio de Chimalhuacán, Estado de México.

Instrumento

Se utilizó la Escala de Adherencia al Tratamiento de Enfermedades Crónico Degenerativas, que incluye 40 afirmaciones en torno a normas ("El tratamiento de Covid-19 es efectivo en personas tradicionales"), valores ("Una persona que sigue las recomendaciones de Covid- 9 expertos "), creencias (" Covid-19 afecta a personas morbosas "), percepciones (" La vacuna Sputnik V tiene más riesgos que beneficios "), conocimiento (" Covid-19 afecta las decisiones "), habilidades (" Covid-19 puede ser controlado con una dieta balanceada "), actitudes (" La vacuna Sputnik V afecta a los adultos mayores "), decisiones (" Me vacunaré contra Covid-19 "), intenciones (" Elegiría la vacuna Sputnik V para prevenir la Covid-19 ") y comportamientos (" Me vacuné contra Covid-19 ").

Procedimiento

Los participantes fueron entrevistados y encuestados en las instalaciones de la universidad. Se les informó que los resultados de la investigación no afectarían ni positiva ni negativamente su situación escolar. Se les pidió que respondieran a las preguntas y declaraciones con honestidad. Se les invitó a consultar los resultados en el informe final del grupo de investigación. Los datos se procesaron en el paquete estadístico de ciencias sociales (SPSS) y el software de análisis de momento estructural (AMOS) en las versiones 10 y 6.0.

Análisis

Se utilizaron los parámetros de curtosis, alfa de Cronbach, coeficientes KMO, prueba de Bartlett, ponderaciones factoriales, correlaciones de Pearson, covarianzas “phi”, ponderaciones “beta” y “rango”, así como índices de ajuste y residuales para contrastar el modelo de relaciones especificadas con los datos observados.

Normal. El valor de curtosis cercano a la unidad se asumió como evidencia de la distribución normal de las respuestas de los encuestados con respecto a los enunciados que miden las variables de estudio en un instrumento con opciones de respuesta y niveles de medición de intervalo.

Validez. Se asumieron coeficientes KMO mayores a 0.600 y la prueba de Bartlett con nivel de significancia menor a 0.050 como evidencia de correlaciones producto-momento que facilitaron el análisis factorial exploratorio de ejes principales con rotación promax. Posteriormente, se consideraron pesos factoriales mayores a 0.300 como evidencia de la maximización de la varianza en términos de los factores derivados del análisis exploratorio. Se asumieron porcentajes de varianza explicada superiores a 0,20 como evidencia de aceptación de la hipótesis nula.

Fiabilidad. Se asumió que un valor alfa de Cronbach superior a 0,60 era suficiente para demostrar la consistencia interna de los indicadores con respecto a la escala general y las subescalas. La correlación del momento del producto superior a 0,90 se consideró como evidencia de colinealidad y multicolinealidad, lo que significa que los ítems son similares en cuanto a su contenido.

Correlación. Los valores de r de Pearson cercanos a la unidad y cero se descartaron de los análisis posteriores ya que significan relaciones colineales o espurias. Por otro lado, aquellos valores superiores a 0,30 e inferiores a 0,90 se asumieron como evidencia de relaciones de dependencia.

Covarianza. Los valores de “phi” entre 0,30 y 0,90 se identificaron como evidencia de relaciones de dependencia en el caso de variables categóricas o en combinación con variables continuas.

Estructura. Los valores “beta” entre variables exógenas y endógenas entre 0,30 y 0,90 se asumieron como evidencia de relaciones de dependencia. De manera similar, los valores de “gamma” entre variables endógenas cercanas a cero o a la unidad fueron descartados de los análisis posteriores.

Ajustamiento. El Índice de bondad de ajuste (GFI por sus siglas en inglés) cercano a la unidad se asumió como evidencia de ajuste y aceptación de la hipótesis nula. Por el contrario, valores inferiores a 0,975 se consideraron evidencia de rechazo de la hipótesis nula y aceptación de la hipótesis alternativa.

Residual. Se asumieron valores cercanos a cero como evidencia de ajuste entre las relaciones especificadas y los datos obtenidos, por lo que se aceptó la hipótesis nula de ajuste entre ambos modelos. Por el contrario, valores superiores a 0,007 se consideraron como evidencia del rechazo de la hipótesis nula.

Resultados

En la Tabla 1 se muestran los valores de confiabilidad y validez esenciales para el análisis de la consistencia del instrumento y su medición a partir de la convergencia de respuestas a los ítems. Los resultados indican que el instrumento es consistente en su medición de las dimensiones establecidas en el estado del arte, así como en el registro de respuestas a los ítems.

Tabla 1. Descriptivos del instrumento

R	M	DE	A	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10
r1	4,1	1,9	,71	,32									
r2	4,3	1,3	,78	,38									
r3	4,1	1,8	,70	,51									
r4	4,0	1,1	,73	,67									
r5	4,8	1,9	,71		,52								
r6	4,3	1,6	,72		,42								
r7	4,6	1,0	,78		,49								
r8	4,8	1,3	,74		,39								
r9	4,0	1,4	,70			,60							
r10	4,5	1,6	,77			,61							
r11	4,4	1,5	,79			,62							
r12	4,3	1,8	,75			,67							
r13	4,2	1,9	,73				,52						
r14	4,1	1,0	,75				,59						
r15	4,4	1,1	,79				,53						
r16	4,6	1,2	,73				,58						

<i>r17</i>	4, 3	1,4	, 75	, 49
<i>r18</i>	4, 2	1,3	, 72	, 48
<i>r19</i>	4, 1	1,2	, 71	, 57
<i>r20</i>	4, 0	1,1	, 70	, 59
<i>r21</i>	4, 2	1,0	, 73	, 40
<i>r22</i>	4, 7	1,4	, 77	, 42
<i>r23</i>	4, 9	1,8	, 76	, 38
<i>r24</i>	4, 0	1,3	, 74	, 56
<i>r25</i>	4, 1	1,2	, 73	, 64
<i>r26</i>	4, 2	1,4	, 78	, 67
<i>r27</i>	4, 3	1,7	, 79	, 68
<i>r28</i>	4, 7	1,8	, 77	, 57
<i>r29</i>	4, 8	1,3	, 74	, 57
<i>r30</i>	4, 3	1,2	, 75	, 45
<i>r31</i>	4, 2	1,6	, 73	, 63
<i>r32</i>	4, 1	1,9	, 75	, 50
<i>r33</i>	4, 3	1,0	, 74	, 64
<i>r34</i>	4, 9	1,2	, 73	, 32
<i>r35</i>	4, 7	1,3	, 72	, 61
<i>r36</i>	4, 3	1,5	, 75	, 46
<i>r37</i>	4, 6	1,7	, 71	, 57
<i>r38</i>	4, 0	1,8	, 72	, 58
<i>r39</i>	4, 7	1,9	, 73	, 46
<i>r40</i>	4, 9	1,0	, 70	, 62

Fuente: Elaborado con estudio de datos; R = Reactivo, M = Media, SD = Desviación estándar, A = Elemento de valor excluido alfa. Adecuación y esfericidad [$X^2 = 435,12$ (245 gl) $p = 0,000$; KMO = 0,567]

Método: ejes principales, Rotación: Promax. F1 = Normas (16% de la varianza total explicada y alfa = 0,724), F2 = Valores (13% explicó varianza total y alfa = 0,789), F3 = Creencias (10% explicó varianza total y alfa = 0,761), F4 = Percepción (7% de varianza total explicada y alfa = 0,829), F5 = Conocimiento (5% de varianza total explicada y alfa = 0,895), F6 = Habilidades (4% de varianza total explicada y alfa = 0,886), F7 = Actitudes (3% de varianza total explicado y alfa = 0,856), F8 = Decisiones (2% de varianza total explicada y alfa = 0,719), F9 = Intenciones (1% de varianza total explicada y alfa 0,725) F10 = Comportamientos (1% de varianza total explicada y alfa 0,826) .

Una vez establecida la estructura de validez, se estimó la estructura de relación considerando las correlaciones entre los factores, así como las covarianzas para observar la incidencia de otros factores no incluidos en el modelo (ver Tabla 2).

Tabla 2. Correlaciones y covariaciones entre factores

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F10	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10
F1	1,0											1,8	,54	,52	,67	,69	,69	,56	,59	,46	,56
F2	,34*	1,0										1,9	,34	,55	,57	,55	,66	,66	,33	,45	,45
F3	,48*	,35*	1,0									1,7	,44	,47	,54	,54	,44	,66	,55	,63	,63
F4	,39*	,47**	,56*	1,0								1,6	,37	,41	,36	,43	,36	,55	,55	,54	,54
F5	,30**	,39*	,54*	,33*	1,0							1,8	,38	,46	,46	,55	,55	,66	,68	,68	,68
F6	,46*	,35*	,46**	,38*	,42*	1,0						1,6	,35	,46	,46	,55	,55	,66	,63	,63	,63
F7	,53*	,42***	,36*	,43*	,46*	,53*	1,0					1,9	,34	,44	,44	,55	,55	,66	,59	,59	,59
F8	,48***	,41*	,45*	,36*	,49**	,45**	,38*	1,0				1,9	,34	,44	,44	,55	,55	,66	,45	,45	,45
F9	,54*	,45*	,58*	,54**	,59*	,58*	,36**	,54*	1,0			1,6	,34	,44	,44	,55	,55	,66	,41	,41	,41
F10	,49*	,38*	,49*	,68*	,37**	,47*	,34*	,46*	,38*	1,0		1,9	,34	,44	,44	,55	,55	,66	,1,9	,1,9	,1,9

Fuente: Elaborado con estudio de datos; F1 = Normas, F2 = Valores, F3 = Creencias, F4 = Percepciones, F5 = Conocimiento, F6 = Habilidades, F7 = Actitudes, F8 = Decisiones, F9 = Intenciones, F10 = Conductas; * p, 01; ** p <, 001; *** p <, 0001

La estructura de relaciones muestra la emergencia de un factor común que la literatura identifica como la adherencia al tratamiento para explicar el proceso deliberado, planificado y sistemático de apoyo social y familiar que sustenta la decisión de llevar a cabo las recomendaciones médicas. Para establecer los ejes, trayectorias y relaciones entre las variables, se procedió a estimar los efectos del proceso deliberado sobre la decisión y la acción de realizar la adherencia al tratamiento en un modelo de ecuaciones estructurales.

Los parámetros de ajuste y residuales [$\chi^2 = 16,35$ (17gl) $p = 0,000$; GFI = 0,925; CFI = 0,975; NFI = 0,975; RMSEA = 0,003; RMR = 0,002; $R^2 = 0.576$] sugieren el no rechazo de la hipótesis nula relativa a las diferencias significativas entre la estructura de adherencia al tratamiento reportada en la literatura con respecto al modelo de ecuaciones estructurales establecido en este trabajo.

Discusión

La estructura de adherencia al tratamiento reportada en la literatura muestra la importancia de la calidad de vida, las variables socioeconómicas y las reacciones al tratamiento médico como determinantes, pero en el presente estudio se demostró que estas variables son mediadoras de las normas sociales y grupales en cuanto a si o no adherirse al tratamiento.

En el presente trabajo se ha establecido una secuencia deliberada, planificada y sistemática de variables relacionadas con el apoyo social y familiar que, al interactuar con variables cognitivas, suponen una estructura estable de adherencia al tratamiento. Además, se encontró una estructura de 10 factores en torno a los cuales se refleja la adherencia al tratamiento mediante una secuencia que va de la norma al comportamiento. Es decir, la adherencia al tratamiento implica una serie de principios que orientan la conducta, mediados por factores sociales, familiares y cognitivos. Por consiguiente, se encontró que la adherencia al tratamiento se refleja en una estructura de recursos sociales, familiares y cognitivos sin los cuales la secuencia de adherencia al tratamiento sería imposible.

Las líneas de investigación relativas a la adherencia al tratamiento como resultado de la mediación de factores cognitivos desde las dimensiones social y socioeconómica permitirán anticipar las barreras que lo inhiben. En cuanto a la secuencia lógica de deliberación, planificación y sistematización, es necesario señalar las variables sociodemográficas que acentúan las barreras o la adherencia al tratamiento.

Conclusión

En relación con los marcos teóricos, conceptuales y empíricos relacionados con la adherencia al tratamiento, la contribución de este estudio radica en la confiabilidad y validez de un instrumento que mide los determinantes evaluativos, normativos, perceptuales, actitudinales e intencionales de la adherencia al tratamiento.

Sin embargo, el tipo de estudio y el tipo de selección de la muestra limitan los resultados a los encuestados y no pueden generalizarse a una población. Se recomienda un estudio confirmatorio con selección probabilística para fortalecer los hallazgos del presente trabajo.

Sin embargo, los resultados contribuyen a los modelos psicológicos de la salud pública en general y los estudios de adherencia al tratamiento ya que, a diferencia del modelo de la acción razonada y el modelo del comportamiento planificado, las normas son determinantes de las creencias. En otras palabras, la muestra del estudio mostró poder cultural en sus estilos de vida preventivos de enfermedades. Por tanto, un estudio sobre individualismo y colectivismo aclarará las diferencias étnicas y culturales.

En este sentido, algunos estudios relacionados con el multiculturalismo y la interculturalidad muestran que, en las comunidades de migrantes, la adherencia al

tratamiento depende del aprendizaje del idioma y de las habilidades de lectura y escritura más que de valores y normas.

Incluso cuando las comunidades migrantes logran ser representadas por líderes que se encuentran en los centros de salud, su calidad de vida mejora a través de la conciencia del autocuidado y la adherencia al tratamiento.

Otros estudios han demostrado que la adherencia al tratamiento depende de los estilos de crianza, siendo el estilo asertivo más influyente a la hora de establecer un programa de rehabilitación.

Sin embargo, las normas y valores parecen tener un mayor impacto en aquellos individuos que no son jefes de familia y más bien se ajustan a las costumbres y tradiciones de su comunidad de origen. En este sentido, la socialización familiar se ve superada por el sentido de pertenencia a una comunidad y el apego a un lugar de origen, incluidos sus rituales para el tratamiento de enfermedades que no son ajenas a los protocolos del misticismo.

Por lo tanto, es necesario profundizar en la incidencia de auto - cuidado y la salud pública programas de fin de anticipar escenarios tales como epidemias o pandemias que pueden inhibir aún más la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de las comunidades periurbanas.

El presente trabajo ha demostrado la incidencia de normas grupales, familiares, amigos y compañeros de trabajo, sobre la adherencia al tratamiento de las enfermedades respiratorias. La presente investigación advierte que el poder explicativo de Las normas grupales es significativo cuando hay una identidad relacionada con los usos y costumbres del grupo.

De esta forma, es necesario realizar estudios que incluyan la variable de sentido de pertenencia y arraigo en un contexto, lugar o ambiente que permita explicar la relación entre elección y pertenencia de un grupo con respecto a la adherencia a un tratamiento de enfermedades respiratorias.

Referencias

Ajzen, I. (2002). Actitudes. En R. Fernandez Ballesteros (Ed.), *Enciclopedia de Evaluación Psicológica*. Londres: Publicaciones Sage.

Bustos, J. M., Juárez, M., Sandoval, F. R., Amemiya M. y García, C. (2021). Determinantes psicosociales de la reactivación del turismo en la era Covid-19. *Turismo y Desarrollo Local*, 28, 1-23 <https://www.eumed.net/es/revistas/curydes/vol-13-no-29-diciembre-dezembro-2020/reactivacion-turismo-covid19>

Bustos, J. M., Juarez, M., Zallas, L. A., Moina, M. R. y Garcia, C. (2020). Coparticipación deliberativa en torno a la solicitud abortiva en universitarios urante la Covid-19. *Revista Electrónica de Psicología Política*, 18 (44), 42-58

Carreón, J. (2011). Políticas públicas de prevención de enfermedades respiratorias. Documento de trabajo, Escuela Nacional de Trabajo Social, México, Distrito Federal.

Carreon, J., Bustos, J. M., Bermudez, G., Espinoza, F. y Garcia, C. (2020). Actitudes hacia la pandemia ocasionada por el coronavirus SARS CoV-2 y la Covid-19. *Invurnus*, 15 (2), 12-16

Casaño, MA, Alonso, M., Gea, IL, Jiménez, M., Mata, J. y Macías F. (2020). Estudio de calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes de 2 a 16 años con diabetes mellitus tipo 1 en Andalucía. *Annals Pediatric* <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.03.016>

Garcia, C Carreón, O. I. y Espinoza, F. (2021). Framing index of entrepreneurship I the confinement caused by the coronavirus SARS CoV-2 and the disease Covid-19. *Journal of Geography Environment and Earth Science International*, 10 (10), 1-12

Garcia, C. (2021). Security perception from the pandemic caused by the SARS CoV-2 coronavirus and Covid-19 disease. *Epidemiology International Journal*, 5 (1), 1-8

García, E., Gil, M., Murillo, MD, Prats, R. y Vergoñós , A. (2020). Farmacia comunitaria, adherencia al tratamiento y COVID-19. *Farmacéuticos Comunitarios*. 22 (3), 51-56. [https://dx.doi.org/10.33620/FC.2173-9218.\(2020/Vol12\).003.05](https://dx.doi.org/10.33620/FC.2173-9218.(2020/Vol12).003.05)

Hernandez, J., Juarez, M., Molina, H. D., Amemiya, M., Garcia, C. y Espinoza, F. (2020). Specification of a social intervention model against Covid-19. *Biomedical Journal fo Scientific & Technical Research*, 26 (3), 52-66

Javiedes, M. (2004). *Actitud y pensamiento*. En J. Mendoza y M. González, (coord.) Aproximaciones contemporáneas de la Psicología Social en México. CDMX: ITEMS-campus Estado de México.

Méndez, A. (2013). Fiabilidad y validez de un instrumento para medir la adherencia al tratamiento. Tesis Doctoral en Psicología Social de la Salud Pública, Colegio Tecnológico de México. Zaragoza, Distrito Federal

Organización Panamericana de la Salud (2021). Estadísticas del coronavirus SARS CoV-2 y la enfermedad Covid-19 en América. Nueva York: OPS

Pallí, C. y Martínez, L. (2004). *Naturaleza y organización de actitudes*. En T. Ibáñez, (coord.). Introducción a la psicología social. Barcelona: UOC

Vargas, G., Balvin, L., Chaiña, JM & Llanos, F. (2020). Adherencia terapéutica al tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori* y sus factores asociados en un hospital público de Perú. *Rev Gastroenterol* 40 (3), 224-229 <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v40n3/1022-5129-rgp-40-03-224.pdf>

World Salud Organización (2021). Estadísticas del coronavirus SARS CoV-2 y la enfermedad Covid-19 en el mundo. Ginebra: WHO