

**Norma gremial y familiar de trabajadoras sociales
en torno a portadores de VIH**

Standard Union and Family social Workers around HIV Carriers

**Cruz García-Lirios, Javier Carreón-Guillén, Jorge Hernández-Valdés, María de
Lourdes Morales-Flores y Bertha Leticia Rivera-Varela**

Universidad Nacional Autónoma de México

Correo para correspondencia con Cruz García Lirios: garcialirios@gmail.com

RESUMEN

La práctica profesional asociada con las normas organizacionales cobra cada vez mayor relevancia en el marco de la calidad de los servicios de salud. En este sentido, el propósito del presente estudio fue establecer las propiedades psicométricas de un instrumento que mide las normas gremiales como familiares de profesionales de la salud en referencia a portadores del virus de inmunodeficiencia humana (HIV por sus siglas en inglés). Se utilizó una muestra no probabilística de 130 trabajadoras sociales para establecer la normalidad (Curtosis Multivariable de 5,466; Bootstrap = .000), validez (KMO = .656; $p = .000$), confiabilidad (alfa .678 y 36% de la varianza), covarianza y ajuste de un modelo estructural reflejante ($X^2 = 15.713$; 12gl; $p = .000$; GFI = .915). En virtud de que los estudios relativos al HIV en ciencias de salud han sistemáticamente evidenciado dos factores, los resultados fueron discutidos en referencia al estado del arte.

Palabras clave: VIH, trabajo social, norma, familia, institución.

ABSTRACT

The practice associated with organizational standards is becoming increasingly important in the context of the quality of health services. In this sense, the purpose of this study was to establish the psychometric properties of an instrument that measures union rules as relatives of health professionals in reference to carrying the Human Immunodeficiency Virus (HIV for its acronym in English). We used a nonrandom sample of 130 social workers to establish normality (Kurtosis Multivariable 5,466; Bootstrap = .000), validity (KMO = .656, $p = .000$), reliability (alpha .678 and 36% of the variance), covariance adjustment reflecting a structural model ($X^2 = 15.713$; 12gl, $p = .000$, GFI = .915). Given that HIV-related studies in Health Sciences have consistently shown two factors, the results were discussed in reference to the state of the art.

Key words; HIV, Social Work, Norm, Family, Institution.

INTRODUCCIÓN

En ciencias de la salud, el virus de inmunodeficiencia humana (HIV por sus siglas en inglés) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS) han sido abordados desde conocimientos (Becerra, *et al.*, 2012; Davis *et al.*, 2012; Cobos *et al.*, 2013), creencias (Uribe y Orcasita, 2011), actitudes (Rice *et al.*, 2012; Solat *et al.*, 2012; Petro, 2013), percepciones (Abbasi *et al.*, 2013), normas (García *et al.*, 2013) y conductas (Selesho y Modise, 2012).

Si se considera que los estudios relativos al HIV / SIDA han sido desarrollados en instituciones públicas, centros de salud y espacios educativos, entonces es posible inferir una preocupación sistemática de los profesionales de la salud en torno a la calidad del servicio, ya que las entrevistas se realizaron a médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y psicólogos (véase tabla 1).

La gran mayoría de estas investigaciones han sido descriptivas ya que las frecuencias y los porcentajes son expuestos como evidencia de un bajo o alto nivel de percepciones, conocimientos, creencias y actitudes en referencia al servicio que prestan. En este sentido, el clima laboral parece incidir en la función de los encuestados. A medida que se incrementan sus edades, salarios y habilidades, la calidad del servicio parece aumentar.

Tabla 1. Estado del arte

Año	Autor	Muestra	Instrumento	Resultado
2011	Uribe y Orcasita	64 profesionales de la salud	Escala Multicomponente de Fobia al SIDA	76% declaró haber recibido información sobre el VIH/SIDA, 41% utilizó la televisión para enterarse, 32% revisó artículos de revistas, 17.6% utilizó folletos. Respecto al nivel de fobia 85% no le preocupa contraer el VIH, pero el mismo porcentaje evita ver programas sobre el tema. 82.4% cree que es cero positivo, con el mismo porcentaje declararon que podrían morir a causa del SIDA.
2012	Becerra, Chunga, Palomino, Arévalo, Nivin, Portocarrero, Carbajal, Tomás, Caro, Astocaza, Torres, Carbajal, Pinto, Moras, Munayco y Gutiérrez	22517 residentes	Encuesta Demográfica de Salud Familiar	86.5% manifestó un conocimiento aceptable sobre VIH, 35.2% señaló que podría infectarse por compartir utensilios con portadores. Los conocimientos y las actitudes se asociaron positivamente.
2012	Davis, Shell & King	129 técnicos de farmacias	Inventario de Conocimientos y Actitudes	33% de los técnicos atendían pacientes infectados por VIH, el 86% se sentía incómodo con la situación ya que el 44% no deseaba promover anti-virales.

2012	Rice, Wu, Li, Detels, Rotheram	4500 vendedores	Escala de Actitudes hacia la Estigmatización de Portadores de VIH/SIDA	Un incremento sustancial en la comunicación entre vendedores redujo significativamente la formación de actitudes
2012	Selesho & Modise	120 residentes	Inventario de Estilos Parentales	Los estilos de enseñanza influyeron sobre las habilidades y las responsabilidades de los estudiantes. La prevención del HIV/AIDS fue posible a partir de la implementación de habilidades sociales.
2012	Solat, Velhal, Mahajan, Rao, & Sharma	724 residentes	Inventario Epidemiológico, Conocimientos y Actitudes	52.9% estuvo consciente de los riesgos de contagio, 39.9% conocía las medidas de prevención, 43.8% nunca había usado el condón, y 17.2% tenía conocimiento de su uso correcto.
2013	Abbasi, Rafique, Aziz & Hussai	467 estudiantes	Escala de Conocimientos y Actitudes hacia VIH/SIDA	97.9% de los entrevistados declararon conocer el proceso de infección. 94% consideraron al virus como mortal, 81.6% señalan que la infección es una tragedia personal, 66% señalaron que no existe vacuna alguna.
2013	Cobos, Morón, López, y Reyes	Grupos de discusión	Análisis de contenido	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.
2013	García, Carreón, Hernández y Bustos	130 trabajadoras sociales	Escala de Actitud hacia Portadores de VIH	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 ($\beta=-.47$).
2013	Petro	60 profesores y estudiantes	Escala de Actitudes hacia las Relaciones Sexuales	23.3% de los profesores declararon que los estudiantes están informados del impacto de las relaciones sexuales en su vida académica, 20% señalan que los estudiantes son responsables de su sexualidad, 33.3% manifestaron que la etapa sexual de los estudiantes supone una práctica temporal, 53.3% advirtieron que los estudiantes ocupan su tiempo en relaciones sexuales más que en su vida académica, 70% consideró que la educación sexual es determinante de los estilos de vida estudiantiles.

Aunado al efecto del clima institucional en el que las muestras de las entrevistadas manifiestan una presión laboral en torno a la promoción de productos antivirales, los estudios plantean que los grupos familiares y laborales inhiben la socialización de la portación del HIV y por ello son considerados como grupos vulnerables, marginados o excluidos de los servicios de salud.

Tales hallazgos son relevantes para el desarrollo del presente trabajo porque la relación entre profesionales de la salud y portadores de HIV parece intensificarse a medida que los grupos laborales o familiares a los que pertenecen o quieren pertenecer determinan sus percepciones, creencias, actitudes, conocimientos, normas y acciones.

¿Cuáles son las normas de los profesionales del trabajo social respecto a los portadores de HIV?

Hipótesis. Las normas laborales como familiares inciden en la relación que establecen los profesionales del trabajo social con respecto al servicio socioeconómico y de afiliación que ofrecen. En tal sentido, las normas están configuradas por dos dimensiones: laborales y familiares. La primera inhibe la relación de los profesionales del trabajo social para con los portadores de HIV, y la segunda facilita la interrelación con los portadores considerados como grupos vulnerables, marginados o excluidos.

MÉTODO

Diseño. Se llevó a cabo un estudio transversal y correlacional

Muestra. Selección no probabilística de 130 profesionales del trabajo social. El criterio de inclusión y exclusión fue la adscripción al sistema de salud de Morelos (México). El promedio de edad fue de 23.71 con 11.53 de desviación estándar, con un promedio de 1100 USD (dólares de Estados Unidos de América del Norte) mensuales.

Instrumento. Escala de normas familiares hacia portadores de VIH. Incluyó 12 aseveraciones cinco opciones de respuesta que van desde “no se parece a mi situación” hasta “se parece mucho a mi situación”.

Procedimiento. Se construyeron 18 reactivos *ad hoc* para ser evaluados por expertos. Una vez seleccionados 12 reactivos, se procedió a su aplicación en las instalaciones de los centros de salud. Antes de la aplicación de las escalas, se les instruyó a los participantes para que contestaran honestamente ya que los resultados de la encuesta no repercutirían negativa o positivamente en su situación laboral. Se les informó que tendrían un máximo de 20 minutos para responder y en aquellos casos en los que la respuesta se repitiese sistemáticamente, la ausencia de las mismas o la incomprensión de alguna palabra, podrían escribir sus razones al reverso de la encuesta. Los cuestionarios fueron procesados en el paquete estadístico SPSS y Amos versiones 10 y 5.0, respectivamente.

Análisis. Las propiedades psicométricas del instrumento consistieron en análisis de normalidad, confiabilidad, validez, colinealidad, covarianza y ajuste (véanse tablas 2, 3 y 4).

Normalidad. La distribución normal fue estimada a partir del parámetro de curtosis multivariable en la que valores cercanos a cero fueron considerados como evidencia de normalidad. La significancia del parámetro se calculó con el estadístico bootstrap. Se multiplicaron los valores negativos de los reactivos por una constante para establecer su valor absoluto y poder estimar sus propiedades psicométricas como multivariadas. **Confiabilidad.** La estimación de la consistencia interna se llevó a cabo a partir de las correlaciones entre ítem y escala. El parámetro alfa de Crombach con valores superiores a .60 fue considerado como evidencia de consistencia interna. En los casos en que los valores de confiabilidad no alcanzaron el valor mínimo se procedió a eliminar el reactivo que propiciaba una baja consistencia interna.

Validez. Se realizó un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación varimax. Respecto a la selección de los reactivos para la interpretación de constructo, el criterio de inclusión fue un valor superior a .5 en el parámetro de adecuación Kayser-Meyer-Olkin y nivel de significancia menor a .05 en el estadístico de esfericidad Bartlett. Los pesos factoriales superiores a .300 fueron considerados como evidencia de correlación entre reactivos y factores. Se configuraron dos factores gremial y familiar. El primero incluyó los reactivos 1, 2 y 3, explicando 46% de la varianza mientras que los reactivos 8, 6 y 10 configuraron el segundo factor, explicando 32% de la varianza.

Colinealidad. Fue considerada a partir de covarianzas superiores a .900 y la relación fue considerada espuria si las correlaciones se aproximaron a cero.

Ajuste. El contraste de las hipótesis se efectuó al observar un valor *chi* cuadrada cercano a cero, valores de los índices de ajuste cercanos a la unidad y valores próximos a cero para los índices residuales.

Tabla 2. Parámetros de normalidad, confiabilidad y validez

Código	Ítems	Media	Desviación	Curtosis	Factor 1	Factor 2
<i>Escala de Norma General (alfa .678 y 36% de la varianza).</i>						
<i>Subescala de Norma Familiar (alfa = .685 y 46% de la varianza).</i>						
R1	Mi familia me enseñó a respetar a cualquier persona enferma.	2.54	.91	1,24	.345	
R2	Los comentarios de mis padres a menudo influyen en mis estudios socioeconómicos.	3.01	.27	1,25	.312	
R3	Tomo en cuenta la opinión de mi familia para entrevistar familiares de enfermos.	1.65	.38	1,57	.362	
R4	Mi pareja rechaza a los enfermos que atiendo ya que podrían infectarme.	2.21	.45	1,68		
<i>Subescala de Norma Gremial (alfa = .646 y 32% de la varianza).</i>						
R7	Después de visitar la casa de un enfermo, los Trabajadores Sociales reducimos la contribución al seguro médico.	1.67	.84	1,62		
R8	Los trabajadores sociales ayudamos a quienes más lo necesitan sin importar su enfermedad.	3.57	.68	1,42		.567
R6	El gremio de Trabajo Social sólo ayuda a quienes se ven muy necesitados.	3.21	.16	2,52		.524
R9	La escuela me enseñó a ser solidario con quienes no tienen ingresos económicos y están enfermos	2.34	.29	1,46		.
R10	Estudie Trabajo Social porque soy altruista.	2.95	.69	3,42		.465
R11	La benevolencia es un sello del Trabajo Social.	1.92	.71	1,28		.
R12	Al momento de asignar pagos tomo en cuenta el historial de salud de los entrevistados.	2.43	.72	1,79		.
R5	En el centro de salud aprendí a atender a cualquier persona sin distinción alguna.	1.76	.35	1,46		.

Curtosis multivariable = -5,466; bootstrap = .000; KMO = .656; $p = .000$; Factor 1 = norma familiar, Factor 2 = norma gremial

RESULTADOS

La tabla 3 muestra valores cercanos a la unidad y al cero los cuales fueron descartados ya que fueron considerados como evidencia de relaciones colineales y residuales. Por el contrario, la asociación entre la norma familiar con la norma gremial fue negativa pero dentro de los umbrales requeridos para su análisis e interpretación ($\Phi = -.592$). También el factor gremial correlacionó negativamente con el reactivo 3 ($\Phi = -.343$) y el ítem 8 ($\Phi = -.651$).

Por su parte, el factor familiar se vinculó negativamente con el ítem 1 ($\Phi = -.209$), aunque tuvo una asociación positiva con los reactivos 3 y 10 ($\Phi = .489$ y $\Phi = .267$ respectivamente).

Respecto al ítem 1 se asoció negativamente con los reactivos 3 y 8 ($\Phi = -.559$; $\Phi = -.271$), empero el ítem 3 se vinculó positivamente con el 8 ($\Phi = .634$) y este último con el 10 ($\Phi = .347$).

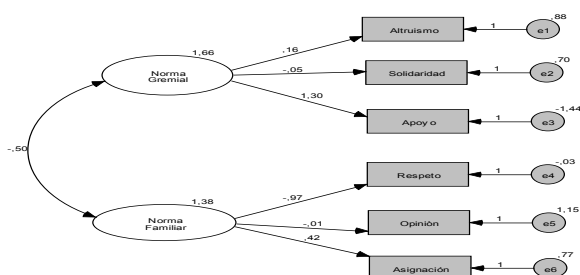
Tabla 3. Covarianzas entre los factores e indicadores normativos

	Norma Gremial	Norma Familiar	Altruismo	Solidaridad	Apoyo	Respeto	Opinión	Asignación
Norma Gremial	1,379							
Norma Familiar	-,502	1,655						
Altruismo	,574	-,209	1,006					
Solidaridad	-,009	,003	-,004	1,147				
Apoyo	-,343	,489	-,559	,009	1,280			
Respeto	-,651	,147	-,271	,004	,634	1,342		
Opinión	,025	-,082	,010	,000	-,024	-,106	1,701	
Asignación	-,081	,267	-,034	,001	,079	,347	-,013	1,927

La figura 1 muestra las asociaciones entre los dos factores gremial y familiar en referencia a los reactivos 1, 2, 3, 6, 8 y 10 en los que es posible apreciar valores negativos entre la norma gremial y la norma familiar ($\Phi = -.50$).

También se observan relaciones negativas entre la norma gremial con el indicador de solidaridad ($\beta = -.05$) y la norma familiar con los indicadores de respeto ($\beta = -.97$) y opinión ($\beta = -.01$).

Figura 1. Estructura reflejante de los factores normativos



No obstante, los valores de disturbio fueron superiores a la unidad para ambos factores gremial y familiar (1.65 y 1.38, respectivamente). Sólo en los casos de los errores de medición correspondientes a los indicadores de apoyo (-1.44) y opinión (1.15) la influencia de otras variables es evidente.

Tabla 4. Parámetros de ajuste

X2	GL	P	GFI	AGFI	RMR
15.713	12	.000	.915	.702	.176

Los valores correspondientes al contraste de hipótesis ($X^2 = 15.713$; 12gl; $p = .000$; $GFI = .915$) indican la aceptación de la misma, aunque el índice de bondad de ajuste adyacente es bajo (.702) y el parámetro residual alto (.176).

CONCLUSIÓN

El presente estudio ha establecido dos dimensiones normativas gremiales y familiares en torno a la práctica profesional de trabajadoras sociales respecto a portadores de HIV. Tal hallazgo explica la influencia laboral como familiar de los profesionistas de salud reportada por los estudios sobre HIV en diferentes latitudes y muestras.

Sin embargo, la investigación llevada a cabo por García *et al.*, (2013) advierte que entre el sexo del profesionista de la salud y su actitud hacia los portadores de HIV existe una relación mediada negativamente por la norma. Es decir, los hombres parecen estar influidos negativamente por la norma al momento de llevar a cabo su práctica profesional. En el presente trabajo, la asociación entre la norma gremial y la norma familiar parece indicar efectos asimétricos sobre la relación entre los profesionales del trabajo social y los portadores de HIV.

Los efectos asimétricos de la norma sobre la práctica profesional también fueron observados por Rice *et al.*, (2012) quienes encontraron una relación negativa entre la comunicación de ventas y la actitud hacia portadores de HIV. A medida que el intercambio de información se intensificaba, la discriminación disminuía. En el presente estudio, el indicador de respecto se asoció negativamente con la norma familiar evidenciado que la comunicación con el grupo de referencia no siempre incide positivamente sobre la práctica profesional.

Si la norma laboral o familiar implica procesos comunicativos que inciden sobre la práctica profesional, entonces es menester profundizar en el clima laboral de relaciones y tareas que al interior de una institución de salud se desarrollan y que por su influencia sobre la práctica profesional explica la discriminación hacia portadores de HIV.

REFERENCIAS

1. Abbasi, A., Rafique, M., Aziz, W. y Hussai, W. (2013). Human immunodeficiency virus / acquired immune deficiency syndrome (HIV/AIDS): Knowledge, attitudes of university students of the state of Azad Kashmir (Pakistan). *Journal of AIDS & HIV Research*, 5, 157-162.
2. Becerra, V., Chunga, N., Palomino, C., Arévalo, T., Nivin, J., Portocarrero, L., Carbajal, P., Tomás, B., Caro, M., Astocaza, L., Torres, L., Carbajal, E., Pinto, A., Moras, M., Munayco, M. y Gutiérrez, C. (2012). Asociación entre conocimiento de mujeres peruanas hacia VIH y sus actitudes frente a personas infectadas. *Revista Peruana de Epidemiología*, 16, 1-8.
3. Cobos, D., Morón, J., López, E. y Reyes, E. (2013). Un estudio cualitativo sobre percepción y actitudes de estudiantes y profesorado en chontales. *Población y Salud en Mesoamérica*, 2, 1-21.
4. Davis, M., Shell, A. & King, S. (2012). Assessing pharmacist' perspectives of HIV and the care of HIV-infected patients in Alabama. *Pharmacy Practice*, 10, 188-193.
5. García, C., Carreón, J., Hernández, J. y Bustos, J. (2013). Actitud de trabajadores sociales hacia portadores del virus de inmunodeficiencia humana en centros de salud. *Salud & Sociedad*, 4, 60-68.
6. Petro, B. (2013). Attitudes and views of teachers towards student sexual relationships in secondary school in Tanzania. *Academic Research International*, 4, 232-241.
7. Rice, R., Wu, Z., Li, L., Detels, R., Rotheram, M. (2012). Reducing STD/HIV stigmatized attitudes through community popular opinion leaders in chinese markets. *Human Communication research*, 38, 379-405.
8. Selesho, J. & Modise, A. (2012). Strategy (ies) in dealing with HIV / AIDS in ours schools: changing the lenses. *Journal of Human Ecology*, 38, 181-189.
9. Solat, S., Velhal, G., Mahajan, H., Rao, A. y Sharma, B. (2012). Assesment of knowledge and attitude of rural population about HIV/AIDS in Raigad Distrit, India. *Journal of Dental and Medical Science*. 1, 31-45.
10. Uribe, A. y Orcasita, L. (2011). Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH / SIDA en profesionales de salud. *Avances de Enfermería*, 29, 271-284.

Envío a dictamen: 23 de enero del 2013

Reenvío: 4 de abril del 2013

Aprobación: 15 de agosto del 2013