



## COMPOSICIÓN FACTORIAL CONFIRMATORIA DE LA NORMA LABORAL PERCIBIDA

Confirmatory factor composition of the perceived labor norm

Margarita Juárez-Nájera<sup>1</sup>,  
Cruz García-Lirios<sup>2</sup>,  
María L. Quintero-Soto<sup>3</sup>

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Margarita Juárez-Nájera, Cruz García-Lirios y María L. Quintero-Soto (2019): "Composición factorial confirmatoria de la norma laboral percibida", Revista Caribeña de Ciencias Sociales (enero 2019). En línea

<https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/01/norma-laboral-percibida.html>

**Resumen** –A menudo, las normas y el compromiso han sido estudiados en relación con el tratamiento de enfermedades crónicas degenerativas, pero considerando desvinculadas sus relaciones de dependencia y reflejantes. El objetivo del presente trabajo fue especificar un modelo para el estudio del fenómeno mediante la confiabilidad y la validez de un instrumento que mide a ambos factores orientativos y disposicionales. A partir de un modelo estructural se encontró que el compromiso al tratamiento fue determinado por la norma social, aunque el porcentaje de varianza explicada fue del 80%, sugiriendo la inclusión de un factor normativo o la diversificación del factor actitudinal.

**Palabras clave** –Salud, adhesión, normas, compromiso, modelo.

**Abstract** - Often, norms and commitment have been studied in relation to the treatment of chronic degenerative diseases but considering their relationships of dependence and reflection as

<sup>1</sup> UAM, CDMX: [mjn@correo.azc.uam.mx](mailto:mjn@correo.azc.uam.mx)

<sup>2</sup> Estudios de Doctorado en Psicología, Investigador Asociado, ATN, Cuernavaca: [garcialirios@atn.mx](mailto:garcialirios@atn.mx)

<sup>3</sup> Doctora en Ciencia Política, Profesora de Tiempo Completo, UAEMEX, Nezahualcóyotl: [quinluisa@yahoo.com.mx](mailto:quinluisa@yahoo.com.mx)

*disconnected. The objective of this work was to specify a model for the study of the phenomenon through the reliability and validity of an instrument that measures both orientated and dispositional factors. From a structural model it was found that the commitment to treatment was determined by the social norm (0.61), although the percentage of variance explained was 80%, suggesting the inclusion of a normative factor or the diversification of the attitudinal factor.*

**Keywords** -Health, adherence, norms, commitment, model.

## **Introducción**

El objetivo del presente artículo es mostrar el poder predictivo de un modelo psicosocial integral en el que se incluyen variables normativas, perceptuales, decisionales y comportamentales para el estudio de la adherencia al tratamiento y su relación con las actitudes de profesionales de la Salud Pública.

En tal sentido es que la adhesión al tratamiento ha sido entendida desde la psicología de la salud como resultado de un proceso institucional de atención social de la salud asociada al soporte social y familiar, los cuales implican normas sociales, institucionales, académicas, laborales y familiares que estarían influyendo en las decisiones y acciones de iniciar, continuar, retomar y culminar el tratamiento de una enfermedad (Anguiano et al., 2017).

Sin embargo, desde la aproximación psicológica de la salud, aún y cuando la adhesión es resultado de un cúmulo de normas, esta emerge fuera de un contexto en el que el compromiso laboral inhibe la consulta médica, la ingesta de medicamentos, o bien, los análisis clínicos ya que, se espera un alto desempeño y lealtad del trabajador para con la empresa, resultando perjudicial para la salud ocupacional (Bautista et al., 2016).

En el ámbito laboral, la psicología de la salud organizacional se limita a la prevención de accidentes y enfermedades sin sopesar las consecuencias del compromiso laboral y su dimensión negativa como es el caso del burnout, indicado por el agotamiento, la despersonalización y la frustración, antecedentes de las enfermedades crónicas degenerativas (Carreón et al., 2015).

De esta manera es como la sociología del trabajo considera que la adhesión al tratamiento sería producto de un compromiso laboral inverso en el que el trabajador dedicado a su labor, una vez que le han diagnosticado una enfermedad crónica degenerativa, reduce su compromiso laboral e incrementa su compromiso para con su propia salud (García, 2017).

En tal sentido es que las normas sociales, institucionales, académicas, laborales o familiares incrementarían la adhesión y el compromiso al tratamiento de una enfermedad, pero no como resultado de la prevención de enfermedades o accidentes, sino como producto de un desapego a la función laboral y un autocuidado de la salud individual (Sandoval, García y Bustos, 2016).

Se puede apreciar como en su informe que presenta el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), correspondiente al año 2010, ubica a las enfermedades relacionadas con el funcionamiento del corazón como las principales causas de muerte en México (Canata et al., 1995). Esto es, aproximadamente el 23 por ciento de todos los fallecimientos tienen su origen en este tipo de enfermedades (Ramírez et al., 2088). En contraste, los accidentes de trabajo tales como las caídas representan un porcentaje inferior al uno por ciento. En el caso de la Insuficiencia Renal, se ubica con cerca de 3 por ciento (Alarcón y Millán, 2009).

Otero y Valdés (1990: 105) definen a la insuficiencia renal como *la incapacidad de los riñones para filtrar sustancias tóxicas de la sangre, regular el exceso de líquidos y otras funciones adicionales e inherentes*. Una vez comprobada la insuficiencia renal crónica, la diálisis peritoneal debe ser continúa intermitente o continúa ambulatoria; resultando fundamental para la subsistencia del paciente. Debido a que la insuficiencia renal es progresiva, los procesos psicológicos son fundamentales para entender el estado cognitivo y afectivo del paciente en relación con la enfermedad, los profesionistas que lo atienden y la estructura familiar a la que pertenece.

Canat et al., (1995: 21) plantean, desde una perspectiva histórica, tres etapas de evolución de la osteodistrofia. En la primera etapa de 1990 al año 2000, los estudios se enfocan en la disminución de hiperfosforemia la cual era considerada la causa principal de la enfermedad. En la segunda etapa que va del año 2000 al 2010, la exposición al aluminio fue considerada la causa de la osteodistrofia y se organizaron campañas de prevención para evitar la exposición y disminuir la prevalencia y los riesgos asociados. Finalmente, en la tercera etapa que va del año 2010 a la actualidad, los esfuerzos se concentran en evitar la supresión de la glándula paratiroidea considerada una consecuencia de la osteodistrofia.

Rondón y López (1999: 32) advierten que la insuficiencia renal tiene un proceso evolutivo en el que el costo del tratamiento se incrementa conforme la insuficiencia progresa hasta convertirse en crónica debido a la falta de inversión en infraestructura hospitalaria, actualización de las tecnologías de tratamiento y la prevención en pacientes y familias. En una revisión de casos, los autores concluyen una progresión de la insuficiencia a partir de un síndrome urinario obstructivo, hipertensión arterial, reflujo vésicoureteral o infarto renal en un riñón hasta desarrollar una glomuroesclerosis.

Ortega y Martínez (2002:19) consideran que un locus de control externo está asociado con la dependencia al tratamiento de la insuficiencia renal. En una muestra de 35 pacientes se encontraron que un 69 por ciento perciben a la hemodiálisis como un tratamiento que limpiará su cuerpo y mejorará su bienestar. Es por esta razón que al plantearles un tratamiento diferente, 97 por ciento de los pacientes se niegan a dejar la hemodiálisis.

Azcarrate, Barrio y Quiróz (2006: 100) dividieron el tratamiento de diálisis peritoneal en continua intermitente y continua ambulatoria para demostrar sus efectos en la estructura y funcionamiento familiar. Encontraron que el tratamiento de diálisis peritoneal continúa intermitente está asociada a un funcionamiento familiar medio alto. En contraste, el tratamiento de diálisis peritoneal continuo ambulatorio está asociado a un funcionamiento familiar medio bajo.

Díaz, Ferrer y Ferrer (2006: 456) demostraron que la insuficiencia renal y la calidad de vida relacionada con la salud están vinculadas por la disfunción sexual. Llevaron a cabo un estudio con 103 pacientes de hemodiálisis. Encontraron que el 47 por ciento de la muestra no mantenía relaciones sexuales durante el tratamiento de hemodiálisis y además tenían un índice de comorbilidad muy alto. Estos hallazgos son relevantes en la explicación de la adaptación de la enfermedad y la adherencia al tratamiento. Debido a que el desempeño sexual se inhibe con la hemodiálisis es de esperar que el paciente joven se resista al tratamiento a pesar de que es su última oportunidad para recuperar su salud.

Alarcón (2007) propone que el tratamiento de la insuficiencia renal a través de la diálisis peritoneal continua ambulatoria sea complementado con un modelo de atención que facilite la adaptación del paciente al tratamiento y demás alternativas. La adaptación es definida como *el proceso y el resultado por el que las personas piensan y sienten, como grupos o individuos usando conscientemente el conocimiento selecto para crear la integración humana y ambiental* (p. 156). Es decir, tanto la estructura y funcionamiento familiar como el proceso de adaptación del paciente al tratamiento y la insuficiencia renal.

Cepeda et al., (2007: 3) demostraron la incidencia de la insuficiencia renal en el 60 por ciento de pacientes con creencias externas del control de la enfermedad y el 40 por ciento de pacientes que creen en un control interno de la enfermedad.

Este hallazgo es fundamental a la luz del Principio de Proporcionalidad Terapéutica (PPT) que consiste en *una obligación moral de implementar todas aquellas medidas terapéuticas que guarden relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible* (Lorenz, Bardón y Vila, 2008: 121).

Guerra, Díaz y Vidal (2010) plantean que en la relación de la insuficiencia renal y paciente se encuentra el factor de adherencia al tratamiento de hemodiálisis. Definen a la adherencia como *el grado en el que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria implicando un compromiso de colaboración activa e intencionada por parte del paciente, con el fin de producir el resultado preventivo o terapéutico deseado* (p. 129).

Cantú, Uribe y Cirlos (2011: 95) detectaron que la insuficiencia renal significa una culpa con la que deben cargar al ser genéticamente heredable o por su estilo de vida. Las creencias en torno a la enfermedad parecen indicar que los pacientes con IRC y hemodiálisis correspondiente se culpabilizan de su situación, pero al mismo tiempo rechazan el tratamiento por la percepción negativa de verse a sí mismos como pacientes dependientes del tratamiento, profesionistas de la salud y familiares. Es decir, al verse como pacientes vislumbran un futuro en el cual no podrán alcanzar sus expectativas y objetivos de vida personal, conyugal o familiar.

Rivera, Montero y Sandoval (2011: 179) establecieron diferencias significativas entre los niveles de soporte social de la salud en relación a percepciones de esperanza, enfermedad, vitalidad y afrontamiento. Estos resultados son relevantes para los propósitos del presente estudio ya que las actitudes hacia insuficiencia renal indican el soporte social de amigos, familiares y profesionistas de la salud en torno a la adaptación y la adhesión al tratamiento de hemodiálisis. Incluso, puede decirse que un soporte social alto tendría un efecto sobre la actitud de los profesionistas de la salud encargados de atender al paciente con insuficiencia renal a través del tratamiento de hemodiálisis.

García et al., (2012) descubrieron que la propensión al futuro también supone percepciones de riesgo que llevan a los pacientes a anticipar una mejor calidad de vida reduciendo los riesgos de las enfermedades que padecen. En este sentido, la inclusión de variables disposicionales vinculadas a las variables psicosociales, explican con mayor eficacia la adherencia al tratamiento.

García et al., (2013) establecieron las relaciones de dependencia entre las percepciones como determinantes de la adherencia al tratamiento, pero al interrelacionarse con otros predictores de tratamientos en diversas enfermedades, como es el caso de normas y creencias, observaron el poder explicativo de una variable cognitiva sobre un comportamiento derivado de la Insuficiencia Renal.

García et al., (2015) demostraron que en el multiculturalismo e interculturalismo prevalecen normas de exclusión que inhiben la adhesión al tratamiento de grupos migrantes, repercutiendo en su adhesión al tratamiento de una enfermedad crónica degenerativa.

Carreón et al., (2013) encontró que la adopción de la hemodiálisis peritoneal dependía de las normas de grupo y la presión social que se ejerce con un paciente para que utilice los servicios médicos que a una comunidad se le endosan. Las percepciones de riesgo son un determinante directo de las normas, ya que un incremento en las expectativas del presente estaría asociado con los comportamientos de riesgo.

García et al., (2016) en una localidad multicultural e intercultural encontraron que las normas determinaron directa e indirectamente a la adhesión al tratamiento. En el primer caso, develaron un clima de patrones convencionales establecidos entre los oriundos y los migrantes, pero en el segundo caso más bien encontraron un escenario intercultural en el que las normas se interrelacionan con otros factores psicológicos y determinaron la adhesión al tratamiento de una enfermedad crónica degenerativa.

García et al., (2017) demostró que en una localidad con un nivel de desarrollo bajo no es propicia para ofertar actividades remuneradas ni retener a migrantes que decidan echar raíces, pero en cambio, es una localidad solidaria con los migrantes ya que, se organizan caravanas de colecta a favor de las familias vulneradas, madres e hijos que han decidido buscar al jefe de familia en Estados Unidos, pero su situación económica los hace vulnerables a la trata de personas o en el mejor de los casos a la extorsión de la policía local.

El escenario en donde se realizó el estudio es la localidad de Huehuetoca pertenece al estado de México y colinda con las comunidades de Santa Teresa cubierta en su totalidad por unidades habitacionales y la comunidad de Teoloyucan donde prevalece la actividad terciaria, pero en el escenario de estudio más bien la principal actividad son los servicios de alimentación y comercio artesanal (Carreón et al., 2017).

En el caso de la universidad pública, ésta se edificó recientemente y sólo imparte cuatro licenciaturas identificadas como de alta demanda por parte de las autoridades locales. Se trata de la licenciatura en Comunicación, la licenciatura en Actuarial, la licenciatura en Lenguas y la licenciatura en Trabajo Social, ésta última con una mayor injerencia en la comunidad dada su estructura curricular y el número de estudiantes que es de 258 los cuales provienen de los municipios conurbanos.

Si los hallazgos reportados en la literatura explicarán la adhesión y el compromiso al tratamiento de enfermedades en la localidad de estudio, considerando su nivel de desarrollo humano, entonces la literatura consultada al advertir que el proceso de adhesión y compromiso al tratamiento de enfermedades es resultado de las normas sociales, institucionales, familiares, académicas y laborales explicará el fenómeno en la localidad de estudio.

No obstante que la adhesión al tratamiento de enfermedades crónicas degenerativas ha sido explicada fehacientemente por la literatura revisada, las particularidades y especificidades de la localidad de estudio hacen suponer que más bien el fenómeno adquiere un proceso diferente al enunciado en el estado del conocimiento.

## **Método**

Se llevó a cabo un estudio transversal de corte cuantitativo. Se realizó una selección no probabilística de 258 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.

Se utilizó una parte de la Escala de Normas en torno al Tratamiento de Enfermedades Crónicas Degenerativas de Carreón (2015) la cual incluye aseveraciones en torno a normas sociales, institucionales, académicas, familiares y laborales con cinco opciones de respuesta que van desde “no se parece a mi situación” hasta “se parece mucho a mi situación”.

Se adaptó la Escala de Compromiso al Tratamiento de Carreón (2015) la cual incluye aseveraciones en torno a disposiciones favorables al desempeño laboral, pero vinculadas a la adhesión al tratamiento de enfermedades o la rehabilitación por accidentes. Se trata de un compromiso al tratamiento que supone disposiciones favorables al chequeo médico, la ingesta de medicamentos recetados y análisis clínicos requeridos y supervisados por el médico. Cada ítem incluye cinco opciones de respuesta que van desde 0 = nada de acuerdo hasta 5 = bastante de acuerdo.

Se entrevistaron y encuestaron a los participantes 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 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

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.

## **Resultados**

La Tabla 1 muestra las propiedades estadísticas del instrumento que mide las normas y el compromiso al tratamiento de una enfermedad crónica degenerativa. La subescala de normas sociales (alfa de 0,725), institucionales (alfa de 0,739), académicas (alfa de 0,745), familiares (alfa de 0,761) y laborales (alfa de 0,773), así como la subescala de compromiso tuvieron consistencias internas superiores a las mínimas requeridas (alfas superiores a 0,700).

**Tabla 1.** Descriptivos del instrumento

<i>R</i>	<i>M</i>	<i>D</i>	<i>S</i>	<i>C</i>	<i>A</i>	<i>F1</i>	<i>F2</i>	<i>F3</i>	<i>F4</i>	<i>F5</i>	<i>F6</i>
<i>R1</i>	4,32	1,02	1,34	1,41	1,31						,367
<i>R2</i>	4,12	1,25	1,54	1,35	1,34						,325
<i>R3</i>	4,03	1,35	1,49	1,56	1,23						,302
<i>R4</i>	4,38	1,57	1,30	1,68	1,46					,321	
<i>R5</i>	4,25	1,07	1,25	1,50	1,59					,395	
<i>R6</i>	4,36	1,26	1,32	1,43	1,57					,302	
<i>R7</i>	4,10	1,46	1,14	1,26	1,39				385		
<i>R8</i>	4,29	1,85	1,45	1,37	1,02				,382		
<i>R9</i>	4,39	1,36	1,47	1,48	1,41				,305		
<i>R10</i>	4,20	1,07	1,49	1,41	1,35			,328			
<i>R11</i>	4,16	1,36	1,45	1,37	1,67			,382			
<i>R12</i>	4,09	1,21	1,35	1,12	1,76			,315			
<i>R13</i>	4,5	1,15	1,35	1,34	1,98		,326				
<i>R14</i>	4,26	1,26	1,37	1,47	1,05		,356				
<i>R15</i>	4,36	1,85	1,40	1,68	1,67		,302				
<i>R16</i>	4,20	1,28	1,31	1,90	1,46	,301					
<i>R17</i>	4,36	1,35	1,48	1,78	1,36	,385					
<i>R18</i>	4,36	1,26	1,34	1,89	1,47	,302					

R = Reactivo, M = Media, D = Desviación estándar, S = Sesgo, C = Curtosis, A = Alfa quitando el valor del ítem. Método de extracción: ejes principales, rotación promax. Adecuación y esfericidad [ $X^2 = 324,31$  (24gl)  $p = 0,000$ ; KMO = 0,702] F1 = Compromiso al Tratamiento (24% de la varianza total explicada), F2 = Norma Familiar (18% de la varianza total explicada), F3 = Norma Laboral (15% de la varianza total explicada), F4 = Norma Académica (11% de la varianza total explicada), F5 = Norma Institucional (9% de la varianza total explicada), F6 = Norma Social (3% de la varianza total explicada).

Fuente: Elaborada con los datos del estudio

Una vez establecidos los seis factores que explicaron 80% de la varianza total explicada, se procedió a la de las correlaciones y covarianzas (véase Tabla 2) a fin de poder estimar las trayectorias de relaciones de dependencia y reflejantes entre los factores y los indicadores en un modelo estructural (véase Figura 1).

**Tabla 2.** Correlaciones y covarianzas

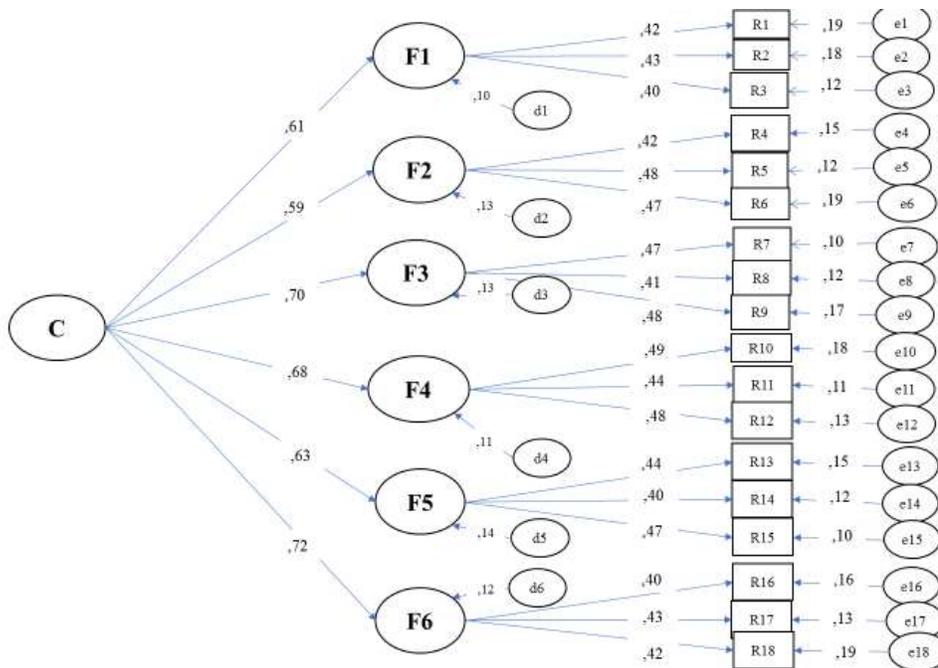
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F1	F2	F3	F4	F5	F6
F1	1,0						1,9					
F2	,33***	1,0					,35	1,8				
F3	,35**	,42**	1,0				,49	,46	1,7			
F4	,36*	,32*	,39*	1,0			,41	,42	,36	1,6		
F5	,38**	,35*	,37*	,54*	1,0		,47	,43	,33	,32	1,8	
F6	,39**	,37*	,41*	,37*	,41*	1,0	,49	,40	,34	,30	,37	1,9

F1 = Compromiso al Tratamiento, F2 = Norma Familiar, F3 = Norma Laboral, F4 = Norma Académica, F5 = Norma Institucional, F6 = Norma Social: \* p <,01; \*\* p <,001; \*\*\* p <, 0001

Fuente: Elaborada con los datos del estudio

La Figura 1 muestra las relaciones de dependencia entre los factores en los que se aprecia la incidencia de la norma social sobre el compromiso al tratamiento de la enfermedad crónica degenerativa (0,61), seguida de la norma familiar (0,58) y la norma laboral (0,40). En el caso de la norma laboral esta fue determinada por la norma académica (0,51) y la norma institucional (0,45).

**Figura 1.** Modelo estructural de relaciones de dependencia reflejantes



C = Norma Laboral Percibida, F1 = Compromiso al Tratamiento, F2 = Norma Familiar, F3 = Norma Laboral, F4 = Norma Académica, F5 = Norma Institucional, F6 = Norma Social: d = Disturbio de estimación, e = Error de Medición; ← relación entre errores y reactivos, → relación entre constructor y factores, así como entre estos y reactivos

Fuente: Elaborada con los datos del estudio

Respecto a la prueba empírica de la hipótesis nula, los parámetros de ajuste y residual [ $\chi^2 = 125,52$  (16gl)  $p = 0,000$ ; GFI = 0,950; CFI = 0,975; NFI = 0,970; RMSEA = 0,003; RMR = 0,000] evidencian su aceptación ya que, el modelo estructural parece mostrar que las predicciones de la literatura se ajustan a los resultados encontrados.

## Discusión

El aporte del presente trabajo al estado de la cuestión radica en la especificación de un modelo estructural de trayectorias de relaciones de dependencia en el que se estableció la incidencia de la norma social sobre el compromiso al tratamiento, evidenciado que la norma social consistente en la resistencia a la enfermedad determina otra disposición de resistencia a las barreras económicas o para adherirse y continuar con el tratamiento.

Se trata de actitudes favorables al autocuidado y la autoprotección que consisten en resistir a los imponderables alrededor de una enfermedad y el financiamiento del tratamiento correspondiente, aunque la literatura ha desvinculado a la resiliencia con las normas y a la adhesión con el

compromiso al tratamiento, el presente trabajo ha demostrado que los indicadores de resistencia normativos determinan a los indicadores disposicionales de resistencia al financiamiento de medicamentos para continuar un tratamiento de una enfermedad crónica degenerativa.

Sin embargo, el modelo estructural de relaciones de dependencia reflejantes al explicar el 80% de la varianza devela la inclusión de otro factor normativo o disposicional que explicaría un mayor porcentaje de la varianza del sistema de variables en comento. Ese podría ser el caso de las normas gremiales que la literatura identifica como principios adquiridos en el ejercicio profesional, pero no académicos ni laborales sino en la transición de una instancia a otra, suponiendo que la identidad profesional e refuerza o aminora en el servicio social donde los conocimientos adquiridos pueden o no corresponder con las habilidades y con ello determinan la adhesión y el compromiso al tratamiento.

En el caso del compromiso al tratamiento, la literatura ha demostrado que este predice al comportamiento planificado, deliberado y sistemático que es indicativo de una adhesión al tratamiento y rehabilitación exitosa, pero al ser una disposición desfavorable o favorable a una enfermedad, tratamiento y asistencia social, esa definición de compromiso sugeriría la investigación de otras dimensiones que podrían incrementar el porcentaje de la varianza explicada.

Por consiguiente, es menester llevar a cabo el contraste del modelo especificado en escenarios donde prevalecen normas gremiales con servidores sociales que aún se encuentran matriculados en la universidad, pero acuden regularmente a llevar a cabo sus prácticas profesionales como parte de algún convenio entre su universidad e instituciones estatales, semiprivadas o privadas de salud.

La inclusión de las normas gremiales en el modelo permitirá incrementar el porcentaje de la varianza explicada, pero también demostrar que el compromiso tendría dimensiones acordes a las normas sociales, institucionales, familiares, académicas, profesionales y laborales.

## **Conclusión**

El objetivo del presente trabajo consistió en la especificación de un modelo para el estudio de las normas y el compromiso al tratamiento de una enfermedad crónica degenerativa, recomendándose la inclusión de la norma profesional y la diversificación del compromiso de acuerdo con cada segmentación de las normas. Esto sería así porque si el modelo se contrasta en un escenario con servidores sociales y practicantes profesionales que aún están matriculados se podrían observar las normas profesionales que incrementarían el porcentaje de la varianza explicada.

## Referencias

- Alarcón, A. y Millán, R. (2009). Intervención psiquiátrica previa al trasplante renal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 38, 654-669
- Alarcón, M. (2007). Modelo de adaptación: aplicación en pacientes con diálisis peritoneal continúa ambulatoria. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 15, 155-160
- Anguiano, F., Islas, C., García, C., Carreón, J., Valdés, O. y Hernández, J. (2017). Gobernanza de la salud dermatológica. Modelo de prevención sanitaria y tratamiento con implicaciones para un dispositivo de intervención desde el trabajo social. *Ehquidad*, 7, 117-143
- Azcarrate, E., Barrio, O. y Quiróz, J. (2006). Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal, intermitente y ambulatorio. *Archivos en Medicina Familiar*. 8, 97-102
- Bautista, M., Delgado, M. A., García, C., Valdés, O., Hernández, G., Castro, A. y Trujillo, K. V. (2016). Contrastación de un modelo de cultura organizacional en centros de salud comunitaria ante la difusión informativa del VIH / SIDA desde el trabajo social. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 21 (3), 248-255
- Canata, J., Gómez, C., Grosso, S. y Díaz, J. (1995). Osteodistrofia renal: clasificación y concepto actual. *Nefrología*. 15, 20-25
- Cantú, R., Uribe, B. y Cirlos, C. (2011). Suceso vital y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con insuficiencia renal. *Psicología y Salud*. 21, 91-102
- Carreón, J. (2015). Compromiso laboral del trabajo social en el sector salud. *Contaduría y Administración*, 60 (1), 31-51
- Carreón, J., Bustos, J. M., Hernández, J., Quintero, M. L. y García, C. (2015). Confiabilidad y validez de un instrumento que mide la actitud hacia grupos cercanos a portadores de VIH / SIDA. *Eureka*, 12 (2), 218-230
- Carreón, J., García, C., Morales, M. L. y Rosas, F. J. (2013). Compromiso laboral del Trabajo Social del sector salud. *Invurnus*, 8 (2), 15-23
- Carreón, J., Hernández, J., Bustos, J. M. y García, C. (2017). Confiabilidad y validez de un instrumento que mide el compromiso de trabajadoras sociales en instituciones de asistencia sanitaria. *Encrucijada*, 26, 76-89

- Cepeda, C., Wanner, C., Barrales, C. y Nuñez, N. (2007). Locus de control y adherencia al tratamiento de personas con insuficiencia renal crónica. *Ciencia Psicológica*, 1, 1-7
- Díaz, F., Ferrer, A. y Ferrer, R. (2006). Función sexual y calidad de vida en pacientes con hemodiálisis. *Nefrología*, 26, 452-461
- García, C. (2011). Estructura de las actitudes hacia los hospitales. *Psicología & Salud*, 21 (1), 57-64
- García, C. (2013). Creencias en torno al aborto inducido en un hospital público. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 22, 14-19
- García, C. (2017). Modelo de salud ocupacional migratoria intercultural. *Ciencia y Humanismo en la Salud*, 4 (2), 24-31
- García, C., Bustos, J. M., Carreón, J. y Hernández, J. (2017). Especificación de un modelo para el estudio de las expectativas desde su función mediadora. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 23 (1), 75-81
- García, C., Carreón, J. y Bustos, J. M. (2012). Socialización y compromiso laboral en trabajadoras sociales de instituciones públicas y privadas. *Humanismo & Trabajo Social*, 11, 177-192
- García, C., Carreón, J. y Hernández, J. (2016). Gobernanza de la salud pública a partir de la identidad y percepción de riesgos establecidos en la agenda ciudadana por los medios de comunicación. *Rumbos*, 11 (13), 103-116
- García, C., Carreón, J., Hernández, J. y Bustos, J. M. (2013). *Salud & Sociedad*, 4 (1), 60-68
- García, C., Carreón, J., Hernández, J. y Morales, M. L. (2015). Contraste de un modelo de compromiso laboral en centros de salud pública. *Acta Universitaria*, 24 (1), 48-59
- García, C., Carreón, J., Hernández, J., Bautista, M. y Méndez, A. (2012). Determinantes socioeconómicos y demográficos de las actitudes hacia el aborto. *Psicogente*, 15 (28), 262-270
- García, C., Carreón, J., Hernández, J., Bustos, J. M., Bautista, M., Méndez, A. y Morales, M. L. (2013). Compromiso laboral en el trabajo social el sector salud. *Medicina Salud & Sociedad*, 4 (1), 39-58

- García, C., Carreón, J., Hernández, J. y Morales, M. L. (2013). Normas sociales en torno a portadores de VIH / SIDA en centros de salud pública. *Sin Fronteras*, 1, 71-84
- García, C., Morales, M. L., Méndez, A., Delgado, M. A., Vilchis, F. J. y López, S. (2016). Estructura factorial exploratoria en torno a variables relativas a la interrupción del embarazo en adolescentes. *Revista del Instituto de Salud Pública*, 12, 15-28
- García, Carreón J. y Hernández, J. (2017). Límites de los modelos de salud ocupacional. Estudio de adhesión al tratamiento del asma en trabajadores adultos mayores migrantes del Estado de México. *Visión Gerencial*, 16 (1), 103-118
- Guerra, V., Díaz, A. y Vidal, K. (2010). La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica. *Revista Cubana de Enfermería*. 26, 126-136
- Lorenz, X., Bardón, E. y Vila, (2008). El paciente en pre-diálisis: toma de decisiones y libre elección terapéutica. *Nefrología*, 3, 119-122
- Ortega, N. y Martínez, M. (2002). Bienestar psicológico como factor de dependencia en hemodiálisis. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguridad Social*. 10, 17-20
- Otero, H. y Verdes, M. (1990). Atención psicológica a pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista Cubana de Psicología*. 2, 105-109
- Ramírez, M., García, M. y Alarcón, M. (2008). Nivel de adaptación, rol e interdependencia de pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)*. 6, 145-153
- Rivera, A., Montero, M. y Sandoval, R. (2011). Cualidades psicométricas de la Escala de Soporte Social de Salud en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. *Psicología y Salud*. 21, 173-183
- Rondón, M. y López, P. (1999). La progresión de la enfermedad renal. Una revisión. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes*. 5, 32-40
- Sandoval, F. R., García, C. y Bustos, J. M. (2016). Estructura factorial exploratoria del aborto planificado en estudiantes de Xochimilco Ciudad de México. *Prospectivas*, 2 (2), 40-50