

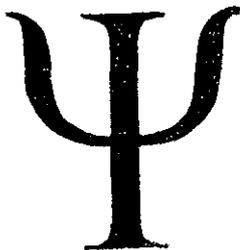


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"CREENCIAS RELACIONADAS A LA SALUD-ENFERMEDAD"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTAN: FLORES PEREZ EDITH GARCIA GOMEZ ELSA



CIUDAD UNIVERSITARIA,

1998.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

267640.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**Con infinita admiración, agradecimiento
y profundo respeto
a la Maestra Lucy Reidl Martínez.**

Elsa y Edith.

AGRADECIMIENTOS

**A la Mtra. Aída María Rodríguez Veliz,
porque su espíritu alentador nos respaldó siempre.**

**A la Mtra. Elsa Ortega Blake,
por su sabiduría y calidez para transmitir el conocimiento.**

**A la Lic. Elsa Fehér de la Torre,
por compartir tu sabia forma de ver el mundo**

**Al Lic. Bruno David Díaz Negrete,
por fortalecer el trabajo con sus brillantes aportaciones.**

DEDICATORIA

**A Martha,
por su apoyo y amor incondicional
en cada momento de mi vida.**

A Calvin y Minchik.

Elsa.

**A Manuel y María de Jesús,
Ursula y Claret,
Piyuya,
Oliva,
Kika,
Mora,
B. y
Gastón.**

Edith.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	Pág 1
-------------------	----------

JUSTIFICACIÓN.....	2
--------------------	---

CAPÍTULO I

CULTURA Y CREENCIAS.....	4
--------------------------	---

CAPÍTULO II.

APROXIMACIONES TEÓRICAS AL ESTUDIO DE LAS CREENCIAS

2.1. Antecedentes al estudio de las creencias.	9
2.2. Fursay-Fusswerk, J : Teoría de un creer biológico	11
2.3. David Myers: Creencias, estrategias del pensamiento.. . . .	13
2.4. Albert Pepitone Una clasificación de las creencias	17
2.5 Luis Villoro: Una reflexión acerca de las creencias.. . . .	21

CAPÍTULO III.

SALUD Y ENFERMEDAD

3.1 Conceptualización de la salud y la enfermedad...	29
3.2. Teoría social de la salud y la enfermedad...	34
3.3. Antecedentes al estudio de la salud y la enfermedad.	41

CAPÍTULO IV.

TEORÍA SOBRE EL CONTROL

4.1. Teoría del <i>locus</i> de control.....	44
4.2. Albert Mandura: Autoeficacia percibida.....	45

CAPÍTULO V

METODOLOGÍA

5.1. Objetivos	49
5.2 Planteamiento del problema	49
5.3 Hipótesis conceptual	49
5.4 Hipótesis general de trabajo.....	49
5.5 Hipótesis específicas	50
5.6. Variables	50
5.6.1. Definición conceptual de la variable dependiente.....	50
5.6.2. Definición conceptual de variables sociodemográficas.....	51
5.6.3. Definición operacional de la variable dependiente	51
5.6.4. Definición operacional de variables sociodemográficas.....	52
5.7 Control de variables	52
5.8 Muestreo	52
5.9 Selección de la muestra.	53
5.10. Procedimiento	53
5.11 Instrumento..	54
5.11.1. Aplicación y calificación... ..	57
5.11.2. Validez y confiabilidad	58

5.11.3. Normas.. .. .	58
5.12. Diseño de investigación..... .. .	61
5.13. Análisis de resultados	61
5 14. Forma de calificación para el instrumento final.	78

CONCLUSION Y DISCUSIÓN	81
------------------------------	----

BIBLIOGRAFÍA	89
--------------------	----

ANEXOS

Anexo 1 Núcleo de la red semántica Salud	93
Anexo 2 Núcleo de la red semántica. Enfermedad.	94
Anexo 3. Escala de creencias relacionadas al proceso salud-enfermedad (versión preliminar)	95
Anexo 4. Escala de creencias relacionadas al proceso salud-enfermedad (versión final)	101

INTRODUCCIÓN

A través de la historia, las creencias han jugado un papel muy importante en el desarrollo de la humanidad. Así, los seres humanos vivimos una infinidad de situaciones cotidianas que son sustentadas por el mundo de las creencias el saber práctico, el cuidado de la salud, la creencia en Dios, los amuletos de "la suerte", los horóscopos, los proverbios, "el mal de ojo", la superstición, la hechicería, el folklore, etc.

Estas creencias se transmiten de generación en generación a través de la experiencia social y van adoptando un matiz diferente de acuerdo a la realidad propia de cada tiempo. Las creencias son una parte de la cultura que producen cohesión social, pues moldean las aspiraciones, las expectativas, el sentido del tiempo y del espacio, así como los modos de vida y de relación interpersonal.

A pesar de la importancia que las creencias tienen en el comportamiento humano, su estudio ha sido poco desarrollado, pues la investigación ha subordinado el tema de las creencias a otros conceptos psicosociales, principalmente al de la actitud. No obstante, Allport (citado en Escobar, 1996), distinguió de manera explícita entre creencia y actitud, la primera se refiere a la verdad o falsedad de las propiedades que se le atribuyen, en tanto que la segunda define la disposición favorable o adversa hacia un objeto o situación objetiva

Por tanto, el estudio de las creencias debe recobrar singular importancia puesto que es a partir de éstas que el individuo desarrollará determinadas actitudes y por consiguiente la intención conductual. Además, la actitud está sujeta al cambio, ya que responde a la naturaleza de sus componentes: afectivo, cognoscitivo y conativo, todos ellos elementos dinámicos en la estructura mental del sujeto, mientras que las creencias son disposiciones latentes en relación con la realidad cotidiana que comparte el colectivo, las cuales, según Pepitone (1990) cumplen con distintas funciones, pues manejan emociones (miedo, esperanza, enojo, etc), dan estructura cognoscitiva, la cual proporciona un sentimiento de control sobre la vida, regulan la distribución de la responsabilidad moral entre la persona y el grupo y promueven la solidaridad del grupo al darle a las personas una identidad común

De acuerdo con Myers (1995) el desarrollo de la psicología cognoscitiva ha permitido una mejor comprensión sobre la forma en que nos formamos impresiones, juicios y explicaciones. Menciona que las creencias son básicas e influyen en nuestro bienestar o depresión, en nuestras opiniones y reacciones, en la forma en que nos formamos prejuicios y mostramos nuestros afectos.

Por lo anterior, al estudio de las creencias se le debe dar la importancia que merece en la investigación psicosocial, pues ellas son determinantes en la comprensión del comportamiento humano desde el plano individual y social.

JUSTIFICACIÓN

Las condiciones sociales actuales demandan el reconocimiento de la influencia de los factores psicosociales como determinantes del éxito en la salud y las acciones sociales. Más aún, se ha llegado a aceptar que los programas que tienden a la prevención de enfermedades y a la promoción de la salud y el bienestar, deben basarse en un entendimiento de la cultura, las tradiciones, las creencias y los patrones de interacción familiar (Holtzman, et al. 1988).

Béjar (1979) menciona que las continuas campañas sobre prevención de enfermedades, medidas de higiene sanitaria, física y mental, o planeación familiar fallan entre otras muchas causas por la imposibilidad de saber cómo enfrentarse a las características psicológicas y formas de comportamiento de la población. Este desconocimiento impide conformar planes y estrategias para los trabajadores de la salud pública que chocan con maneras peculiares de reacción de los distintos sectores que conforman la población mexicana; por lo que el propósito de este estudio es recoger datos sistemáticos sobre las creencias que inciden en el mantenimiento de la salud, los cuales nos permitan posteriormente elaborar estrategias de atención primaria más aproximadas a las necesidades reales de las poblaciones con las que se pretende trabajar

Al respecto, Di Nicola (citado en Donati, 1994) propone reconocer la importancia de la existencia de un sistema de creencias relativas a la salud, ya que éste permitirá elaborar programas culturalmente sensibles que promuevan el bienestar, sin ser ajenos a las prácticas cotidianas de la población. Esto no significa que las creencias de la gente sean necesariamente erróneas, aunque tampoco totalmente adecuadas, la importancia radica en la creatividad del trabajador de la salud para retomar las creencias que posibiliten un mejor estado de la misma, sin negar las convicciones a las que se adhiere la gente.

Por lo general, la gente tiene ideas que la llevan a comportamientos tendientes a evitar las enfermedades y preservar la propia salud. Hablar de un sistema de creencias acerca de la salud significa hacer referencia a lo que los sujetos llevan a cabo para mantenerse sanos y/o para curar las enfermedades. Un sistema de creencias informa acerca de la relación que el sujeto tiene con su cuerpo, con la alimentación, con los hábitos de vida, con el tiempo libre, con el conjunto de los servicios sanitarios, las condiciones socioeconómicas, etc

En virtud de esto se busca el aprovechamiento de los recursos autóctonos de cada comunidad para promover la salud y el bienestar del individuo, así como los factores del comportamiento que conducen a la enfermedad. La psicología comunitaria considera el proceso salud enfermedad al elaborar programas para el mejoramiento de la salud, tanto de la comunidad como de los individuos que la componen. Los problemas de salud pública que deterioran el nivel de salud y productividad social impactan con mayor frecuencia a los adolescentes y adultos jóvenes, por lo tanto este estudio dirige su atención a estas poblaciones. Actualmente, la mayor parte de las enfermedades graves en los países industrializados son padecimientos crónicos que pueden prevenirse o modificarse cambiando los comportamientos que generan una salud deficiente (Holtzman, op cit.)

Por lo que "necesitamos un concepto teórico que explique la regularidad de muchas conductas y la consistencia entre muchos comportamientos en apariencia disímbolos.

Necesitamos el concepto de un 'patrón de conductas' que permita comprenderlas como un todo coherente ¡Cuántas creencias guían nuestra conducta, respecto de las cuales hemos olvidado las razones que nos condujeron a ellas!" (Villoro, 1982)

En todo comportamiento está implícita una creencia o un sistema de creencias, pensamientos que dirigen a la acción, nuestro propósito es estudiar más de cerca este pensamiento, analizar de fondo lo que el adolescente cree acerca de la salud-enfermedad, para después idear estrategias que generen cambios de conducta en el mismo.

Estas creencias están influidas por grupos, por lo que debe tomarse en cuenta el peso de estas estructuras en la formación de las creencias y aprovecharlo para promover salud.

CAPÍTULO I.

CULTURA Y CREENCIAS

Linton (citado en Reverté, 1981) menciona que la cultura es “una herencia social con una doble función conservadora: adaptar al individuo a su lugar en la sociedad y a su medio ambiente natural” Para él, en toda cultura existe un núcleo formado por “valores o reacciones psicológicas condicionadas (universales) comunes a todos los miembros adultos de la sociedad”, los cuales dan permanencia y vitalidad a la cultura misma “Alrededor de este núcleo existe una zona fluida y cambiante que da a la cultura su aptitud de crear” Es en este núcleo en donde quedarán plasmados “valores y patrones culturales”, que moldearán la personalidad del individuo.

Por su parte, Malinowsky (citado en Reverté, op cit.), dice que la cultura es “un conjunto de respuestas a las necesidades elementales del hombre. alimentación, reproducción y un medio secundario creado por el hombre en que los imperativos aparecen actuando tanto como las necesidades naturales”.

Tylor (citado en Reverté, op cit.) señala que “la cultura es ese todo complejo que comprende el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, la ley, las costumbres y otras facultades y hábitos adquiridos por el hombre en cuanto miembro de la sociedad”.

A su vez, Reverté (op cit) define a la cultura como “el conjunto de prácticas y comportamientos sociales inventados y transmitidos en un grupo humano, por ejemplo la lengua, los ritos, tradiciones, mitología, técnicas de supervivencia, artesanado, forma de construir la vivienda, vestido, etc.”. Estos autores coinciden con la idea de que la cultura es una superestructura de comportamientos aprendidos, difundidos, aceptados y transmitidos en una sociedad determinada.

Así mismo Read (1968), sostiene que los valores y sistemas de valores de la gente son elementos esquivos e intangibles en una cultura, pero ejercen sin embargo una influencia poderosa y duradera sobre el modo de vida de sus miembros

Krech et al (1978) señalan que la cultura explícita es un término antropológico semejante al concepto psicosociológico de los factores psíquicos, conocimientos, deseos, respuestas interpersonales y actitudes. Mientras que la cultura implícita puede ser definida en términos psicológicos como los conocimientos, deseos, respuestas interpersonales y actitudes morales típicas de una sociedad. De esta manera, se puede hablar de la cultura implícita en términos de creencias, premisas, normas y valores culturales. En toda sociedad existe una serie de creencias culturales que a su vez determinan la cultura implícita de esa sociedad y la distinguen de otras.

El sistema de creencias incluye todos los conocimientos, ideas, supersticiones, mitos y leyendas compartidas por la mayor parte de los miembros de una sociedad y por los representantes típicos de las diversas posiciones que integran dicha comunidad. “El mito y

la leyenda constituyen una parte muy importante del folklore de todos los países, proporciona una base a la continuidad de la cultura y de la vida social. A través de ellos, el mundo recibe un orden muy significativo” (Krech et al. op cit.)

Por otra parte, la condición en ciertos elementos de comportamiento estándar se halla influida también por los valores de las “personas típicas”. Un valor es una clase especialmente importante de creencias compartidas por los miembros de una sociedad o por los “ocupantes típicos” de todas las diversas posiciones de una comunidad y que se relaciona con lo que es deseable y “bueno”

Al respecto, Jones y Gerard (1980) consideran que la persona es un compuesto de creencias, valores y actitudes. Así mismo, señalan que las actitudes derivan de la combinación de la creencia y el valor, y que no es una tarea fácil saber diferenciar a las primeras de las categorías cognoscitivas debido a que se puede decir que la categoría es una creencia que relaciona alguna etiqueta con un atributo característico. “La única manera de distinguir realmente entre creencia y categoría es postular que algunos atributos son definidores y otros son asociados, además, es difícil establecer exactamente cuales son las reglas que gobiernan tal distinción, pero ésta expresa una diferencia sutil, aunque real en la experiencia de definir un objeto y en la que creen algo acerca del mismo” (Jones y Gerard, op cit). A pesar de que tal argumento no es muy sólido para la distinción entre una categoría y una creencia, los autores proponen que “una creencia expresa las relaciones que existen entre las categorías cognoscitivas cuando ninguna define a la otra. Así, las creencias se refieren a las características asociadas con un objeto y la mayoría de ellas se puede expresar con más o menos precisión en el lenguaje del creyente, aunque *las creencias no necesitan estar verbalizadas o ser verbalizables*”.

De tal forma que en términos lingüísticos, las creencias se pueden transformar en una oración que posee sujeto y predicado: “los buenos de corazón entrarán en el reino de los cielos”, “el yoghurt hace adelgazar”, “los republicanos son un partido dividido”, etc. El predicado consiste en un verbo conjuntivo (relacionante) y un objeto. El sujeto y el objeto son categorías cognoscitivas y, en determinada creencia, el objeto es una característica asociada del sujeto, lo cual coincide con la definición de la creencia que dan Rokeach y Rothman, (citados en Jones y Gerard, op cit) como combinación única de dos estímulos cada uno de los cuales tiene significados diferentes, esa configuración única tiene dos componentes: un sujeto (S) capaz de ser caracterizado de muchas maneras, y una caracterización (c) capaz de ser aplicada a muchos sujetos.

Foster (1992), estudia lo que él llama “barreras culturales al cambio”, las cuales son los valores, las actitudes, la estructura cultural y las normas motoras, que constituyen a la cultura como un sistema fortalecido e integrado que no es fácil cambiar, ya que en las sociedades en donde se fomenta la oposición a la innovación y se prefiere conservar la tradición es porque detrás existen creencias arraigadas y sólidas que hacen que “el individuo tienda a ver las innovaciones con escepticismo y a no dejarse llevar de la tentación si no está seguro”, lo cual a su vez, le permite sentirse cohesionado con su grupo y mantenerse así a través de la herencia cultural que los más viejos van transmitiendo a las nuevas generaciones. Así por ejemplo, el español Covarrubias (citado en Foster, op cit.), señala que la novedad “es característicamente peligrosa, porque desdora el uso tradicional”.

si bien, en 1531 Guevara (citado en Foster, op cit) advirtió “no intentéis introducir cosas nuevas, porque las novedades acarrearán ansiedades a quienes las patrocinan, y engendran desasosiegos entre el pueblo” Más aún, en la actualidad es común escuchar “Más vale viejo por conocido, que nuevo por conocer” o bien, “Más sabe el diablo por viejo que por diablo”.

En este sentido, el fatalismo imperante en muchas sociedades no industriales, también forma parte de la fuerza con la que se conserva la tradición, debido a que en ellas el control que se ha logrado tener sobre la naturaleza no ha sido suficiente como para creer que casi todo puede ser modificado, sino que por el contrario, al carecer del poder de dominio o alteración de las condiciones del ambiente se les considera como “disposiciones de los dioses o de los espíritus perversos, a los que el hombre puede aplacar, pero no someter” (Foster, op cit), por lo que su calidad de vida depende más de su suerte que del control que puedan ejercer.

En un estudio llevado a cabo por Gutiérrez de Pineda (citado en Foster, op cit) en comunidades rurales de Colombia se describen las “actitudes” de los campesinos en torno a la salud de sus hijos, algunas de las cuales son: “era su destino no crecer”, “miren, ha mejorado sin atenciones médicas, Dios no quiso que muriese”, las cuales llamaríamos *creencias* debido a que éstas son un sustento ideológico, como lo muestran estos ejemplos y no una postura evaluativa ante un evento, lo que caracteriza a las actitudes

Del mismo modo, en otro apartado, Foster (op cit) se refiere primero a la *actitud fatalista* de los pueblos latinoamericanos y después la diluye con el concepto de creencia “*creen*, en general, según la descripción de Donald Pierson, que la enfermedad procede de Dios, el cual la manda muchas veces como castigo de los pecados y Él es quien cura a uno o ‘se lo lleva al otro mundo’ ” Sin embargo, afirma que “ las creencias religiosas y los textos sagrados suelen contribuir a las actitudes fatalistas”, lo cual confirma la hipótesis de que las creencias constituyen la base y fuente de las actitudes.

De igual manera, hay infinidad de ejemplos en diversas culturas del mundo que muestran cómo el fatalismo procede de las creencias que mantienen a determinado grupo unido. Sin embargo, su común denominador, es que el hombre, al no poder predecir y controlar sus circunstancias de vida, recurre y/o se refugia en sus creencias, lo cual es de especial importancia porque repercute directamente en su estado de salud

Un aspecto más que señala este mismo autor es el lugar que tiene el etnocentrismo en la cultura y las consecuencias que produce específicamente dentro del campo de las creencias, esto es, que la firme convicción y sobrevaloración de la cultura a la que se pertenece hace que se rechacen a otros grupos con distintas ideologías y no sólo esto, sino que también llega a dar cuenta del juicio y cuestionamiento que se le hacen a otros sistemas de creencias

La relevancia que esto implica consiste en que - como lo hacen los relativistas - lo mejor sería tomar en cuenta que no deberían juzgarse las creencias de los otros, simplemente porque difieran de las propias Sin embargo, “el etnocentrismo está tan hondamente arraigado en todos nosotros que, aunque seamos sensibles a la filosofía del relativismo

cultural, propendemos fácilmente a valorar a los demás en función de nuestros propios puntos de vista” (Foster, op cit.)

Esta es una razón más para que los investigadores de las ciencias sociales en general estudien de manera preliminar el terreno ideológico y afectivo que se encuentra detrás de la población a tratar antes de elaborar programas de cambio social con el propósito de encontrar estrategias que debiliten o neutralicen su efecto, ya que muchas veces por no reconocer previamente los sentimientos -como el orgullo y la dignidad- que pueda tener la población, emerge un deseo de ésta por evitar la humillación causada por programas ajenos a la propia cultura. Un caso ilustrativo, es el fracaso de programas de salubridad maternal e infantil, debido a las creencias que sostienen las mujeres jóvenes que acuden a las clínicas prenatales, que aunque convencidas del beneficio de la práctica moderna, dejan de asistir porque temen herir la experiencia y sabiduría de las mujeres ancianas

Otro obstáculo importante son las supersticiones, que son creencias aceptadas que no se basan en hechos y que tampoco son cuestionadas por las personas que en ellas creen Foster señala que estas supersticiones influyen en el éxito o fracaso de los programas de salud, ya que menciona un caso situado en una región de Ghana en donde se cree que el pescado o la carne producen parásitos intestinales, razón por la cual no se les da a los niños, lo cual, los priva de los nutrientes de estos alimentos, sin embargo, los trabajadores de la salud han buscado substituir estos alimentos por el frijol y otras leguminosas. Esto muestra que la importancia del cambio social radica en la creatividad que desarrolle el psicólogo no para cambiar o juzgar las creencias que sostiene un grupo determinado, sino para contrarrestar los efectos negativos que pudieran tener en la salud de la comunidad ofreciéndole otras opciones

Algunos factores importantes en la explicación del origen de las enfermedades, de la salud individual y colectiva son “la forma en que la gente vive, lo que come, lo que cree, lo que valora y la tecnología de que dispone” (Read, op cit), es decir, el contexto sociocultural en el que se desarrolla

De acuerdo con Lozoya y cols (1983) la medicina tradicional ha sido descrita como la representación de las costumbres, las creencias, el aparato simbólico y virtual de distintas comunidades

Guy (1987), menciona que la sociedad reserva un lugar de honor especial para sus “curanderos”, individuos que han sido tratados como personas privilegiadas, a las que se les concede un acceso legítimo a lo oculto y lo misterioso, dado que utilizan “herramientas” de curación que son más internas que externas, más privadas que públicas, excluidas del examen ajeno. Las “curas” obtenidas dependen más a menudo de la fe y las creencias que de la evidencia o la lógica. Es una profesión rodeada de un halo místico, que despierta a la vez el respeto y temor del profano

Una teoría que trata de explicar la injerencia de las *creencias de la salud* en la vida cotidiana del hombre es el modelo de creencias de la salud de Becker (citado en Donati, 1994). Este modelo pretende explicar y relacionar las “múltiples acciones y conductas que van de la demanda de asesoramiento profesional a la realización de actividades

específicamente preventivas”. El individuo hace una interpretación subjetiva de sus síntomas, atribuye un significado matizado por el ambiente sociocultural y sobre este significado también atribuye el hecho de estar sano o de estar enfermo. “El síntoma se convierte en un estímulo que obliga al individuo a tomar conciencia de su nueva condición y a hacer un análisis del costo beneficio”, Di Nicola (citado en Donati, op cit)

Para Becker (op cit.) una persona previene cuando hace un análisis de costo-beneficio de un problema cercano a ella. Por lo tanto, la decisión de realizar una acción de tipo preventivo depende en última instancia de una especie de *motivación a la salud* que el individuo obtiene de su experiencia subjetiva y de la influencia de las condiciones socioestructurales. Dicha *motivación a la salud* depende del *nivel de importancia que el sujeto atribuye a la salud* o, por el contrario, de cuánto, cómo y por qué considera la enfermedad un no-valor en sentido amplio, o por el contrario una condición de enfermo de la cual necesita salir. La importancia del sistema de creencias y prácticas radica en la medida en que conjuntamente llevan a estilos de vida y la percepción del propio cuerpo (Di Nicola, op cit)

Se considera a menudo que el psicoterapeuta es el último descendiente de un largo linaje de curanderos, que podemos rastrear hasta tiempos prehistóricos, Bugental (citado en Guy, op cit) Estos orígenes incluyen al médico brujo, el mago, el sacerdote y el médico de la familia. A estas personas se les ha atribuido tradicionalmente la tarea de aliviar los sufrimientos tanto individuales como comunitarios. Actualmente se espera que el psicoterapeuta revele los misterios del dolor humano. Esto no es sólo válido para las enfermedades de origen típicamente emocional, como algunas formas de depresión y de psicosis, sino también para enfermedades antes consideradas de una etiología puramente física, como el cáncer, los problemas cardíacos y las úlceras. Los recientes progresos en las investigaciones psicosomáticas y la creciente popularidad del movimiento a favor de la salud integral han colocado al psicoterapeuta en una posición destacada en la batalla contra las aflicciones de toda clase.

CAPÍTULO II.

APROXIMACIONES TEÓRICAS AL ESTUDIO DE LAS CREENCIAS

2.1. Antecedentes al estudio de las creencias

El estudio de las creencias como concepto psicosocial desligado del campo de las actitudes ha sido poco desarrollado, sin embargo, diversas investigaciones han retomando la importancia de las creencias en la comprensión de los seres humanos relacionadas con algunos problemas de salud pública, las cuales nos permiten conocer más de cerca una parte del pensamiento humano relacionado al proceso salud-enfermedad (Escobar, 1996).

Las creencias han sido estudiadas por Asch (1967) como propiedades compartidas por las actitudes, cuya función consiste en “orientar al individuo mediante la ordenación de los datos del medio social” Señala que las creencias dependen de la información disponible en el medio y que en consecuencia, las diferencias en las mismas pueden encontrarse en parte en las diferencias de tal información y conocimientos. Tal conocimiento, ya sea directo o inferido, constituye una base necesaria para las actitudes y el autor reconoce que a tal afirmación se le ha dado poca importancia Sin embargo, las actitudes hacia objetos, personas o grupos dependen de la información y creencias acerca de sus propiedades y procesos

Lo que caracteriza a las creencias es que existen a pesar de su no evidencia fáctica o lógica, así, se pueden citar algunos ejemplos de creencias compartidas y sostenidas por un grupo social determinado. la creencia en brujas, la creencia de que la tierra era el centro del universo, etc A pesar de que no había fundamentos científicos para mantenerlas, eran defendidas dado que apoyaban intereses distintos Así mismo, señala que los investigadores relacionaron a las creencias con las fuentes emocionales, lo cual es un error puesto que cuando se establece una creencia, se crea una condición para una acción posterior Por lo tanto, argumenta que una teoría de las actitudes o de la acción social debe fundamentarse en el aspecto cognoscitivo y para que haya un cambio de actitud debe modificarse también el conocimiento o la creencia a la par.

Asch (op cit) menciona que el conocimiento es influido por el nivel de desarrollo histórico y las relaciones sociales. De esta manera, una gran cantidad de nuestras *creencias* dependen de una evidencia indirecta que también afecta nuestra organización cognoscitiva y funcionamiento emocional Pero las creencias constituyen algo más que una expresión de conocimiento, pues en la elaboración de éstas intervienen necesidades e intereses responsables de las similitudes y las diferencias entre grupos. Las *creencias* son nuestras versiones de cómo operan las cosas en nivel social

Los individuos y grupos interpretan de diferente forma la misma situación pues algunos de ellos sólo tienen un conocimiento parcial de los hechos, debido a que han enfrentado situaciones distintas Cuando nuestras creencias no se relacionan congruentemente con los hechos surgen entonces las discrepancias

A continuación se mencionan algunas investigaciones que han tomado como variable de estudio a las creencias.

En un estudio realizado por García (1995), se observa que los conocimientos y *creencias* que prevalecen en determinado grupo social con respecto a los enfermos mentales, constituyen un elemento fundamental en la determinación de las actitudes que sus miembros manifestarían hacia este tipo de enfermos y por lo tanto, a las posibles conductas de aceptación o rechazo con relación a su inserción social en la comunidad

Por su parte, Wang, Fitshugh, Cowdery y Trucks (1995), se interesaron por estudiar la influencia de las *creencias* y actitudes de adolescentes fumadores, entre catorce y dieciocho años. Los factores sociales, ambientales, la familia y la influencia de los compañeros, son importantes predictores del tabaquismo en adolescentes y de estos derivan el desarrollo de creencias y actitudes en la conducta de fumar. Se observó que los adolescentes fumadores eran más propensos a *creer* que fumar cigarros ayuda a la gente a relajarse, reduce el estrés y quita el aburrimiento o fastidio. Los autores corroboran la teoría de Fishbein, Pederson y Lefcoe (citados en Wang, op cit), en la que las creencias y actitudes son predictoras del tabaquismo en adolescentes, así como la teoría de Ajzen y Fishbein (citados en Wang, op cit), que apoya el concepto de que las *creencias* sirven de base para la formación de actitudes. Se mencionan *creencias* tales como “no hace daño fumar solo por un año o dos”, “no existe daño alguno sólo por fumar un cigarro ocasionalmente”, “fumar ayuda a la gente cuando está aburrída”, “fumar te relaja”, “fumar ayuda a la gente a sentirse más cómoda en fiestas o en otras situaciones sociales”, “fumar ayuda a la gente a conservar su peso bajo”

En otro estudio realizado por Ramos, Díaz-Loving, Saldívar y Martínez (1992), el objetivo fue conocer las *creencias* relacionadas con diferentes explicaciones acerca del origen del SIDA en estudiantes universitarios. Los resultados indican que las *creencias* mayormente aceptadas por los estudiantes fueron explicaciones tales como “el SIDA es resultado de la pérdida de valores y la irresponsabilidad”, seguidas por las *creencias* relacionadas por la “falta de higiene”, “la vida inmoral”, “las relaciones sexuales con prostitutas”, “la falta de control en la ansiedad sexual” y “tener relaciones bisexuales”. En estas *creencias* se observaron diferencias entre género, tipo de carrera y experiencia sexual. En el instrumento utilizado, el primer factor se denominó “Moral”, ya que representa a las *creencias* fuertemente vinculadas con la idea de que el SIDA es resultado de la pérdida de valores e irresponsabilidad. Al segundo se le designó el nombre de “Social/Sexual” debido a que reflejó aquellas *creencias* de que el SIDA se da en los grupos sociales de escasos recursos económicos y sobre todo por falta de orientación y educación sexual. Los autores de este estudio sugieren que las *creencias* asociadas al origen del SIDA tienen que ver en gran medida con la *evaluación moral de su causalidad*, especialmente con el hecho de ser una enfermedad de transmisión sexual, ya que son persistentes y arraigadas en esta población y coexisten con otras que se asocian a los valores tradicionales prevalecientes en una cultura como lo son la higiene, las relaciones heterosexuales - más no con prostitutas - y el control de la ansiedad sexual. Los resultados consideran el estigma y prejuicio que persiste respecto al SIDA y las víctimas de este e incluyen la posible influencia de la “hipótesis del mundo justo” de Lerner (citado en Ramos, op cit).

Los estudios de Guthier (citado en Holtzman, op cit.) llevados a cabo en Filipinas, reportan la relación existente entre las creencias y las prácticas populares tales como la terminación innecesaria de la lactancia y la resistencia frente a los métodos anticonceptivos confiables, las cuales eran causadas por temores a efectos secundarios. Sin embargo, cuando los profesionales de la salud se percataron de esto, emprendieron acciones que tenían como objetivo lograr la liberación de estos temores, así como reforzar la aceptación para conseguir con ello altas tasas de uso continuo de anticonceptivos.

A través de estas investigaciones, se observa que la salud y la enfermedad han sido estudiadas de manera particular, es decir, por un lado se analiza el problema de la enfermedad mental, por otro lado el del tabaquismo, y por otro más el del SIDA, lo cual es una buena forma de aproximarse a comprender los problemas de salud y buscar posibles soluciones, sin embargo, pensamos que también es conveniente conocer cuáles son las *creencias* en común que sustentan de manera general al proceso salud-enfermedad para poder elaborar planes preventivos más efectivos y consecuentes con la realidad social propia de cada grupo

2.2. Fursay-Fusswerk, J.: Teoría de un creer biológico

Según Fursay-Fusswerk (1985), el hombre posee la capacidad biológica perteneciente al dominio de los instintos de aprehensión de un concepto, idea o sistema (ya sea real o no) que es independiente de las facultades intelectuales propias de la racionalidad. A “esta capacidad de adhesión sin reflexión se llama *creer* y conduce a las *creencias*” Al escuchar esta afirmación, inmediatamente la relacionamos con las creencias religiosas y la fe y por lo tanto es excluida del conocimiento científico. Sin embargo, el mundo de las creencias no se limita al aspecto religioso, sino que trasciende a todas las áreas del pensamiento humano

El estudio de un mecanismo instintivo de adhesión que el autor llama CREER, corresponde a un amplio campo de investigación que no niega ni se opone a ningún tipo de creencias (particulares o generales, religiosas o no), sino que nos permite comprender de una forma más integral lo que es el ser humano

A pesar de la existencia de creencias tanto racionales como irracionales - o bien, llamadas para fines de este estudio lógicas y prelógicas - no es válido juzgarlas o considerarlas como erróneas, pero sí pueden ser objeto de reflexión y de justificación racionalizadas

La facultad de creer es inherente a la biología del ser humano. Por lo tanto, el autor señala que “el estudio del creer no deberá oponerse a las creencias, sino permitir distinguir lo que en un mismo individuo concierne al CREER de lo que concierne a la comprensión”

Respecto a la práctica clínica, el estudio de las creencias es importante dado que las observaciones que han derivado de los médicos, psicólogos y psiquiatras hacen referencia a las propias limitaciones en la cura de sus pacientes. No obstante, reconocen también que disponen de poderes inexplicables que los favorecen, tales como las curaciones obtenidas por la sugestión, las prácticas médicas, los tratamientos por placebos, la alteración de la individualidad dentro de la multitud, en la que cada uno parece llevado por el contagio

mental. Un ejemplo de ello es cuando un paciente se siente mucho mejor con el sólo hecho de ver a su médico particular, en el cual deposita su entera confianza y fe, cuando la evolución en la cura de una enfermedad depende de la convicción del enfermo en los poderes de su terapeuta, de un medicamento o de un tratamiento, lo cual es algo que ningún médico ignora. Esto muestra que el hombre tiene poder sobre su salud y sobre su cuerpo. Sin embargo, ¿cómo explicar este fenómeno?

Para dar respuesta a esta interrogante, Fursay-Fusswerk (op cit) toma en cuenta dos formas de aprehensión mental: el conocimiento que recurre al razonamiento lógico y a la experiencia, y por otra parte el conocimiento perpetuamente sujeto a las dudas de la racionalidad y la creencia, resultante del mecanismo instintivo que escapa a los argumentos racionales y que es por ello el motor más potente de los comportamientos humanos. Deben admitirse estas dos formas biológicas que posee el hombre para apropiarse de sus ideas, pues de lo contrario no se podrán explicar de otra manera que no sea la influencia sobrenatural.

De acuerdo con Pierre Janet (citado en Fursay-Fusswerk, op cit.), el autor subraya que las creencias son el fundamento mismo de las sociedades y de la personalidad. Para Janet la historia de las sociedades humanas equivale a la historia de las creencias filosóficas y religiosas que aún persisten, se han derivado de las antiguas creencias en la existencia de dioses, la vida después de la muerte y la necesidad de dar reglas morales. Su visión sobre las creencias, él mismo la circunscribe en la siguiente frase: “ la fuerza de una creencia no se mide ni por su valor ni por su veracidad, sino solamente por el interés del creyente por su creencia”

Para Janet, las creencias en Dios, la inmortalidad, la supervivencia del espíritu, etc se nutren de lo que él llama *fuerza psicológica*, que equivale a lo que otros autores denominarían *instintos*. El ser humano a veces tiende a subestimar el papel de estos instintos, tras sobresaltar su capacidad de raciocinio sobre los demás animales, por lo que todo aquello que no sea racional queda al margen de la ciencia “El hombre es el único animal que sabe que morirá, su pensamiento y su reflexión se lo enseñan pero, felizmente, el instinto vital se las ingenia para hacérselo olvidar a cada instante”.

Creer y saber son dos instancias inseparables en la naturaleza del ser humano, que aunque se oponen no se destruyen una a la otra, y lo que las diferencia es “ que la creencia se adquiere instantáneamente, sin esfuerzo, y que resiste a las contradicciones racionales más evidentes”

Diversos autores pertenecientes a distintas disciplinas como la medicina, la antropología, la etnología, la sociología, la etología, la psicología y la psiquiatría, han llevado a cabo un análisis de la creencia con el propósito de darle una explicación tanto al hombre como a las sociedades y a la evolución de las civilizaciones y además consideran a las creencias y al instinto de adhesión como una dinámica fundamental del comportamiento.

Las creencias se caracterizan por su universalidad, que se ha mantenido desde el principio de la humanidad hasta la época actual, por lo que se puede decir que las creencias existen porque existe la humanidad y viceversa y porque además, han sido trascendentales en el

desarrollo histórico de las sociedades. En palabras de Fursay-Fusswerk, (op cit) los hombres sujetos a sus creencias y divididos por ellas, las consideran a veces como el símbolo mismo de su libertad, como es el caso de los antiguos pueblos del continente americano, cuyos colonizadores utilizaron “el creer por arma y las creencias por aliadas” para lograr sus objetivos”

A lo largo de la historia, el hombre ha defendido e impuesto sus creencias, porque de esta manera justifica y confirma las suyas y le proporciona más seguridad en cuanto a sus convicciones pues es incapaz de cuestionárselas

Para Antonio Machado (citado en Fursay-Fusswerk, op cit.) la coexistencia del conocimiento y la creencia se resume en la siguiente frase “Atrás de todo lo que se piensa se encuentra lo que se cree, y hay hombres tan profundamente divididos que creen lo contrario de lo que piensan”, en este estudio se considera que efectivamente, detrás de todo comportamiento hay una creencia y que suele suceder que el hombre hace cosas contrarias a las que cree

La cultura impregna en el cerebro del niño valores, mitos, costumbres, tradiciones, lenguajes y creencias, desde que éste nace y que serán siempre lo más importante en su vida cotidiana y por lo tanto, las más difíciles de cambiar en la adultez

Del mismo modo en que el rinencéfalo, que antecede al neocórtex, las creencias preceden al conocimiento Aunque el hombre ha sido capaz de mostrar sus facultades de raciocinio, este mismo autor sostiene que “es más natural y más espontáneo recurrir a lo sobrenatural, que sobrepasarlo para fundar las ciencias matemáticas y físicas”, y agrega que “lo irracional determina fundamentalmente al individuo y a las sociedades, y si se capta la potencia devastadora del contagio mental, si se admite que las terapias ligadas a la sugestión, al placebo, a las técnicas analíticas o a las prácticas mágicas están relacionadas con los mecanismos de autocuración, uno está obligado a aceptar esa función neurobiológica que es antropológicamente anterior y diferente de las que sostienen las capacidades razonantes Es por eso que propone la teoría de un creer biológico que hunde sus raíces en el paleoencéfalo” Dado que la neurobiología no ha dado respuesta a todas las interrogantes del autor, éste propone un enfoque del creer multidimensional médico, terapéutico, filosófico, psicosocial, histórico, etnológico, sociológico y antropológico, lo cual llevará “al hombre a tomar conciencia de sus capacidades reales y a asumir frente a sí mismo una posición más adecuada”

2.3. David Myers. Creencias: Estrategias del pensamiento

Myers (1995), resalta la importancia que ha tenido el florecimiento de la psicología cognoscitiva, ya que ha sido gracias a ello que los psicólogos sociales han llegado a la comprensión de múltiples aspectos de “*las creencias sociales. el modo en el que nos formamos impresiones, juicios y explicaciones, aspectos que además son elementales para nuestros sentimientos, opiniones y reacciones, prejuicios y afectos*”

De tal forma, aborda la manera en que se elaboran las ideas sobre uno mismo y los demás, así como el momento y las circunstancias en que se puede dar la distorsión del procesamiento eficiente de la información. Hace énfasis en esta última y explora seis maneras en las que se forman y sostienen creencias falsas, a las que llama las “razones para la sin razón”

a) *Comúnmente no sabemos por qué hacemos lo que hacemos.* Algo de lo que reconocemos lo hemos llegado a saber por medio de la intuición y la experiencia personal. Sin embargo, nuestro autoconocimiento posee la característica de la falibilidad, cuestión que regularmente es tomada poco en cuenta, ya que pensamos que sabemos pero en muchas ocasiones nuestra información interior está equivocada. De la misma manera, explicamos nuestra conducta a través de respuestas plausibles que en muchas ocasiones son erróneas debido a que los factores trascendentales son percibidos como inofensivos, mientras que los factores que tienen poco efecto, en ocasiones son distinguidos como influyentes. Esto es importante en tanto que al tratar de predecir nuestra propia conducta, lo hacemos deficientemente, debido a que con frecuencia identificamos erróneamente los factores que influyen en nuestros sentimientos y conducta. Además, las creencias que son obra de un conocimiento equivocado pueden tener consecuencias negativas en nuestra vida diaria, por lo que tener en cuenta que podemos equivocarnos puede ayudar a disminuir la frustración.

Un ejemplo de ello, es que muchas personas *creen* que conocen su cuerpo, su padecimiento y su propia curación, por lo que optan por autorrecetarse poniendo en riesgo su salud, ya que si alguna vez tomaron determinado medicamento bajo prescripción médica y funcionó, nada asegura que continuar ingiriéndolo logrará los mismos efectos, pues tanto la sustancia como la dosis, la frecuencia y el padecimiento no pueden presentarse con las mismas características en diferentes momentos de la vida. Por lo que la creencia de la efectividad de la automedicación puede traer graves consecuencias. O bien, el *creer* que la persona que atiende la farmacia sabe recetar, representa un riesgo para la salud, pues de ninguna manera la experiencia que adquiere esta persona en su oficio la hace conocedora de qué tipo de medicamento es para cada enfermedad.

b) *Nuestras preconcepciones controlan nuestras interpretaciones y recuerdos.* “Un hecho significativo en la mente humana es el grado en que las *ideas preconcebidas* guían la manera en que percibimos, interpretamos y recordamos la información”. Existe una realidad objetiva, sin embargo, esta es interpretada o construida a través de nuestras creencias, actitudes y valores. Así mismo, cada persona percibe aquellos detalles que apoyan su *creencia*, lo cual a su vez hace creer en determinado objeto, persona o situación con mayor intensidad. Al respecto, menciona que el fenómeno al que llama *perseverancia de la creencia* muestra que las creencias pueden cobrar vida propia, sobreviviendo a la desacreditación de la evidencia que les dio origen, ya que es muy difícil tratar de cambiar una creencia una vez que la persona está plenamente convencida acerca de ella, pues se ha elaborado una razón fundamental que la explique y porque además, entre más conocemos y aceptamos nuestras teorías, más rechazamos la información que pudiera desafiarlas. “Nadie niega que la evidencia nueva puede cambiar las creencias de las personas. Los niños finalmente renunciarán a su creencia en Santa Claus. Nuestra discusión simplemente es que tales cambios por lo general ocurren lentamente y que a menudo se requiere evidencia más imponente para alterar una creencia que para crearla” (Ross, Lepper, citado en Myers, op

cit). Por lo tanto, las creencias y expectativas que se tienen influyen fuertemente en nuestra percepción e interpretación de la realidad. Del mismo modo, las creencias también controlan nuestros recuerdos, dado que éstos se construyen al momento de recuperarlos con base en las creencias y conocimientos actuales. Es más, “al construir un recuerdo, usamos de manera inconsciente nuestros conocimientos y creencias generales para llenar los agujeros y así, organizar fragmentos de nuestro pasado real en un almacén convincente” Es por ello que tanto los eventos sociales como los físicos son percibidos, interpretados y recordados selectivamente de manera que sostengan nuestras creencias.

Un ejemplo ilustrativo es la creencia que se tiene de que al usar preservativo en la relación sexual “no se siente igual” o “es una barrera”, por lo que muchas personas no lo utilizan, lo cual pone en riesgo su salud por la posibilidad de contraer enfermedades sexualmente transmisibles. Quizás alguna persona sostenga esta creencia y no obstante lo use, para después argumentar que hubo una “distanciamiento” con su pareja al utilizarlo, y probablemente busque pruebas que confirmen su creencia por lo que más tarde sea menos probable que lo utilice nuevamente.

Un caso más es cuando un médico explica a los padres de un niño que los síntomas que presenta su hijo se deben a alguna enfermedad digestiva, porque al gatear sus manos recorren el piso lleno de bacterias, el niño se lleva las manos a la boca y en consecuencia se enferma. El niño es atendido y a pesar de existir evidencia científica que explica la causa del padecimiento, esta no llega a convencer a los padres, quienes siguen creyendo que este mal es provocado por alguna persona que les tiene envidia y que de mala fe miró a su hijo.

c) *Sobrestimamos la precisión de nuestros juicios.* Una forma más de sostener creencias falsas es el fenómeno de la *confianza excesiva*, que en palabras del autor “es la tendencia a estar más confiado que acertado - a sobrestimar la precisión de nuestras creencias”, fenómeno que también se relaciona con la toma de decisiones en la vida cotidiana, pues una vez más, las personas tienen una marcada inclinación por buscar información que confirme sus preconcepciones que evidencias que las contradigan, fenómeno al que llama *sesgo de confirmación*.

Un ejemplo de ello es la sobreestimación del poder de control y la excesiva confianza en sí mismo que explica la reincidencia en el uso de cualquier tipo de droga, es decir, una persona cree que en el momento en que lo decida puede dejar de ingerir alguna droga, sin embargo, olvida que la dependencia física existe, por lo tanto podrá dejarla temporalmente, para confirmar su *creencia*, rechazando la probabilidad de convertirse en un adicto aunque finalmente vuelva a consumirla.

d) *A menudo ignoramos información útil.* Con frecuencia ignoramos información provechosa cuando se utiliza la *representatividad del heurístico*, que es la estrategia para juzgar la probabilidad de las cosas por qué tan bien representan, o corresponden, a prototipos particulares. Esto desemboca en un problema común en el que se tienden a generalizar las creencias sobre las personas a partir de observaciones particulares. Añade que “un principio básico del pensamiento social es que las personas son lentas para deducir casos particulares a partir de una verdad general, pero son notablemente rápidas para inferir una verdad general a partir de un caso vivido”. De esta manera, las propias experiencias

plasmadas en nuestra memoria son fácilmente recordadas al utilizar lo que el autor llama *disponibilidad del heurístico*, que es la regla empírica eficiente pero falible que juzga la probabilidad de las cosas en términos de su disponibilidad en la memoria.

Para ejemplificar lo anterior, una persona puede tener múltiples parejas sexuales y con ninguna usar preservativo y muy probablemente contagiarse de VIH. Sin embargo, se puede dar el caso de que una persona con una sola pareja sexual, sin protección también se contagie de VIH. En este caso, la verdad general consiste en que la no protección en la relación sexual, con una o varias parejas sexuales constituye un riesgo para la transmisión del VIH. No obstante, prevalece la creencia de que por el sólo hecho de tener más de una pareja sexual -que además lo hace ser inmoral- recibirá el castigo de enfermarse, dado que a partir de un caso particular que se conozca se tiende a generalizar a las demás personas, y en vez de que a partir de la verdad general antes mencionada se deduzca un caso particular se dará mayor importancia a la primera porque además hace énfasis en lo moral o inmoral del suceso.

e) *Percibimos erróneamente la causalidad, la correlación y el control personal.* Otra influencia importante son las explicaciones en sucesos azarosos. Uno de ellos es la *correlación ilusoria*, la cual consiste en percibir una relación en donde no existe ninguna, o bien, percibir una relación más fuerte de la que existe en realidad. De tal forma que, al creer que existe una correlación, se perciben y recuerdan los hechos que la confirman. Señala que si se cree que las premoniciones se correlacionan con los eventos se tiende a observar y recordar la ocurrencia conjunta de la premonición y la ocurrencia posterior de dicho evento. Sin embargo, en muy pocas ocasiones se recuerdan todas las veces que los eventos inusuales no coinciden. Esta dificultad para identificar situaciones aleatorias casuales predispone a percibir orden en las secuencias azarosas de los mismos. Al respecto, agrega³ que al atribuir los eventos a una causa u otra, ordenamos nuestro mundo y hacemos que las cosas parezcan más predecibles y controlables, lo cual es un fenómeno adaptativo. Esta tendencia a apreciar los sucesos aleatorios como predecibles y controlables, produce una *ilusión de control* que consiste en percibir eventos incontrolables como sujetos a nuestro control o como más controlables de lo que en realidad son. Así mismo, cita un ejemplo de investigación en el que se estudiaron pacientes hospitalizados y ancianos en quienes el incremento de su sentido de control benefició su salud y bienestar. Tal resultado apunta hacia la conclusión de que el control percibido es en extremo importante para el funcionamiento satisfactorio, sin embargo, si se hace uso del control percibido en exceso es muy probable que el nivel de salud se deteriore al estar sujeto a condiciones carentes de fundamento.

Un caso aplicable es el ‘mal de ojo’, en el que se correlaciona ilusoriamente una mirada con la enfermedad que presenta un niño, la cual científicamente nada tiene que ver con la primera. Con esto, se crea una ilusión de control, pues los padres optan por utilizar un amuleto para evitarlo.

Un ejemplo más es la correlación ilusoria que existe cuando hay una eclipse y éste puede afectar a una mujer que se encuentre embarazada, entonces la creencia de amarrarse un listón rojo alrededor de su vientre evitará cualquier daño que pueda ocasionarle el

fenómeno natural, lo cual le proporciona sentimientos de control y seguridad sobre el evento.

f) *Las creencias pueden generar su propia realidad.* Dado que las creencias dirigen nuestras acciones, la conducta que manifestamos produce su aparente confirmación. Un ejemplo de ello es el llamado 'sesgo del experimentador' en el que Rosenthal (citado en Myers, op cit.) encontró que los sujetos de investigación en ocasiones cumplen con lo que se espera de ellos. Del mismo modo, las creencias de los profesores hacia sus alumnos operan como profecías que se cumplen a sí mismas. Así las creencias erróneas que se tienen de las personas pueden inducir a que éstas confirmen tales creencias. A este fenómeno lo llama *confirmación conductual*: profecía que se cumple a sí misma donde las expectativas sociales de las personas las conducen a actuar de una manera que causa que los demás confirmen sus expectativas aunque con ciertos límites.

Este caso se puede observar en la dinámica familiar, la cual juega un papel muy importante en el proceso salud-enfermedad de sus integrantes, en la que a los hijos se les asignan roles distintos de acuerdo con sus atributos tanto físicos, mentales y su llegada en tiempo y espacio a la familia y se espera que éstos se cumplan, no porque estén predestinados sino porque los padres conducen y favorecen las condiciones para que así suceda y confirmen sus creencias y expectativas. Esto es, existe la creencia de que el primogénito será quien dé el ejemplo a sus hermanos menores, los cuide y se responsabilice de ellos.

Para finalizar, Myers concluye al señalar que con mucha facilidad se llegan a formar y a sostener creencias falsas, lo cual es adaptativo y que aunque la mayoría de las veces estas creencias no tengan suficiente trascendencia en nuestra vida cotidiana, en ocasiones traerán consigo consecuencias graves. Así, las interpretaciones, impresiones y creencias falsas, por muy pequeñas que sean, pueden tener efectos sociales profundos. Sin embargo, señala también que no todas las creencias son absurdas, pues "si se afirmara que todo el pensamiento humano es ilusorio, la afirmación se refutaría a sí misma, ya que ella tampoco sería más que una ilusión. Sería lógicamente equivalente a sostener que todas las generalizaciones son falsas incluyendo esta". De tal forma que los errores son resultado de las estrategias mentales que utilizamos para simplificar la información que recibimos, lo cual tiene un propósito vital: enfrentar la realidad.

2.4. Albert Pepitone: Una clasificación de las creencias

En el análisis psicosocial que hace Pepitone (1990) acerca de las *creencias*, el autor señala la importancia que éstas han tenido en el desarrollo de nuestra especie, a pesar de que han sido poco estudiadas o bien, a la subordinación de las creencias al estudio tradicional de las actitudes, porque de acuerdo con Allport (citado en Pepitone, op cit.) la actitud es el concepto angular más indispensable de la Psicología Social, "la piedra angular de la construcción".

Pepitone hace una diferencia importante a saber, entre las actitudes y las creencias. "el cambio de actitudes incluyendo los de asimilación y contraste, reforzamiento y disonancia están diseñados para obtener una máxima generalización por medio de la explicación de

cambios en todas las actitudes, independientemente de su contenido". En cambio, al estudiar las creencias, el contenido es justo lo que interesa. Otro punto importante que el autor señala, es que la actitud es susceptible de ser modificada a través de la comunicación persuasiva, en contraste con las creencias, las cuales, tienen raíces más profundas para que puedan ser intercambiables por mensajes persuasivos que modifican actitudes

Así mismo, el autor explica el por qué no se le ha dado la importancia que implica el estudio de las creencias para entender el comportamiento del hombre, la cual tiene que ver con el hecho de que "muchas creencias se refieren a entidades no reales en términos de una existencia material medible. Por lo tanto, se argumenta que las creencias se encuentran fuera de los límites de la legítima investigación científica". No obstante, la existencia o no material del objeto de creencia es de importancia secundaria en comparación con la realidad con que la gente cree en su existencia. "En la Psicología Social misma, la creencia representa dimensiones cognoscitivas de un mismo objeto y la probabilidad de su existencia" Fishbein y Raven (citados en Pepitone, op cit.).

De esta manera, el autor define a las creencias como "estructuras relativamente estables que representan lo que existe para el individuo más allá de la percepción directa, son conceptos acerca de la naturaleza, las causas de cosas, personas, eventos y procesos cuya existencia es asumida"

Agrega que las creencias son culturalmente universales y que por tanto, existen diferencias en cuanto a la forma y contenido de las mismas a través de las distintas culturas al igual que en otras manifestaciones ideológicas y conductuales.

A su vez, propone una clasificación de las creencias más importantes en la conducta social humana (la cual puede ser elaborada y corregida al irse acumulando el conocimiento) Esta clasificación contempla las siguientes categorías:

Creencias Naturales-Materiales

Las define como "aquello que existe en el mundo material o aquello que puede ser definido como material en algún nivel de análisis" Esta categoría incluye creencias científicas y creencias sobre la historia y la sociedad.

Creencias Religiosas

Este tipo de creencias abarca objetos y lugares sagrados así como eventos sobrenaturales como la resurrección y la reencarnación, además de una variedad de dioses, ángeles, el espíritu y otros poderes y entidades anímicos. "Las creencias religiosas existen dentro de las organizaciones más o menos estructuradas siendo que en la mayoría de las religiones, las creencias versan sobre deidades, la obediencia a leyes divinas, la eficacia del rezo, y el destino del espíritu en vidas posteriores" Agrega que las creencias religiosas están relacionadas con las creencias de control sobre eventos de la vida cotidiana, así como también se relacionan con las creencias de orden moral. Al respecto, la postura de Myers concuerda con la de Pepitone, cuando habla del fenómeno de la confianza excesiva, ya que señala que existe una tendencia a sobrestimar el autocontrol sobre los eventos

Creencias Seculares Sobrenaturales

Destino

Menciona que el destino es probablemente una de las creencias más antiguas y de mayor influencia en el repertorio humano. A través de la historia, se le ha considerado como un poder impersonal que parte de un sistema cósmico por lo cual, se le asocia a los movimientos astronómicos. "En muchas culturas, se espera de forma normativa que algunos hechos de la vida sean determinados por el destino; cuándo y cómo se va a morir la persona, con quién se va a casar, si va a tener hijos o no y hasta su carácter". En estas creencias es notorio que se espera que el destino es el que se encargará del control de lo que suceda y no la persona que va a ser afectada por el resultado. Y en este sentido, el consultar los horóscopos y otras formas de adivinanzas brinda a la persona alguna forma de control sobre su futuro así como alguna posibilidad de intentar evitar el destino que le depara.

Brujería

Se refiere a poderes sobrenaturales que son practicados por personas extraordinarias a través de trances, maldiciones, conjuros y otras formas de 'magia negra', con el objeto de dañar a otro o de dañar su propiedad. Así mismo refiere que las creencias en la brujería aún existen en muchas partes del mundo, y diferencia las creencias en el destino y Dios (agentes sobrenaturales) y las creencias en brujas, indicando que estas últimas las practican 'humanos reales aunque raros' y en ocasiones se relaciona con creencias religiosas. Finalmente, hace notar que las creencias en 'el mal de ojo' y en el poder para dañar con una mirada son semejantes a la brujería, por tratarse de un poder sobrenatural manejado por otros humanos los que se encuentran en una posición envidiable.

Suerte

Una creencia muy popular alrededor del mundo la constituye la suerte, la cual se refiere a la existencia de un poder externo que actúa de manera misteriosa y no predecible, diferente de la motivación individual y de las habilidades personales e independiente a la casualidad, que interviene en las consecuencias positivas o negativas de un acontecimiento determinado. "La fuerza de la suerte se expresa en términos de supersticiones populares que influyen en la conducta, de manera diferente en cada cultura".

Así, el que trae la buena o la mala suerte se le considera como de una especie diferente a la humana, como lo son los duendes y/o las hadas. La gente cree que la suerte es dada como la característica más irónica cuando se dice que 'alguien tiene suerte', implicando que esa persona es beneficiada por la buena suerte, así como cuando alguien se refiere a que 'no es su día de suerte' significa que todos tenemos cierto grado de suerte pero que es impredecible cuándo actuará para influir en nuestras actividades.

Para Pepitone, los augurios y signos favorables son creencias acerca de poderes que son análogos a la suerte. Aunque dichos poderes son misteriosos, el creer en ellos da cierto grado de control, dado que entonces la fortuna y la falta de ella parecen tener un objetivo y no está completamente al azar. Por último, el resultado que se le atribuye a la suerte está

‘contra los momios’ aunque rara vez sea de una enorme magnitud para que se considere que lo causó el destino.

Casualidad

Pese a que la suerte y la casualidad se manejan en términos semejantes, como creencias son diferentes, dado que los resultados producidos por la casualidad nada tienen que ver con agentes materiales o sobrenaturales, personales o impersonales. De acuerdo con el autor, "la creencia de que los eventos de la vida están determinados por la casualidad significa que no hay una relación causal entre ellos y conductas previas o el carácter de la persona que está siendo afectada por ellos, dichos eventos le pudieron haber sucedido a cualquiera que se encuentre en las mismas circunstancias y no son controlables. Así como la suerte puede ser atribuida a un resultado contrario a los momios, es difícil atribuir casualidad a un resultado poco probable".

Psicológico

Estas creencias se refieren a procesos mentales de la persona que intervienen en determinados resultados, es decir, el ‘poder’ que el hombre en realidad posee en mayor o en menor grado para controlar ciertos eventos, por lo que existe un gran número de creencias que pueden ser clasificadas como psicológicas. "La creencia que uno va a tener una vida exitosa o sana y larga se basa en estimaciones de la inteligencia, la motivación, el talento, los contactos políticos y Dios"

En muchas ocasiones, se puede observar que el control que la gente cree que tiene, o bien, el ‘control percibido’ no concuerda con el ‘control real’, por ejemplo, las creencias en la ‘fuerza de voluntad’ o ‘el poder de la mente sobre la materia’. Para Pepitone, parece ser que la creencia en el control personal es un tipo de programa de autoeducación, dieta y salud que es seguido en la actualidad por millones de personas. Este tipo de conducta obsesiva-compulsiva se puede basar solo en la creencia de que es posible cambiar el cuerpo y la mente. Aunque para el autor, no hay duda de que hay algo de verdad en esta creencia, menciona también que existen ilusiones semejantes al pensamiento mágico, como la fuente de la juventud de Ponce de León, la habilidad revitalizadora de los cuernos de rinoceronte y la propiedad curativa de los huesos de chabacano para aliviar el cáncer.

Creencias Morales

Están relacionadas con los estados de bondad y rectitud y en cómo lograrlos. Menciona que un importante conjunto de las creencias morales están relacionadas con la justicia, la cual no es un concepto unitario, ya que pueden incluirse en esta creencia estados como el sufrimiento, la equidad social, la justa distribución de recursos, lo cual en un contexto religioso y ético filosófico refiere a la justicia como el mejoramiento de la vida de los pobres y el orden moral en el cual los buenos son premiados y los malos castigados.

De esta manera, la creencia en la justicia se encuentra conectada a las creencias en entidades divinas, ya sea de manera directa o indirecta. Por lo anterior, las leyes de Dios se basan en la justicia así como sus premios y castigos. Aunque cabe señalar, que la justicia metafísica no requiere de un contenido ni religioso ni político puesto que se cree que es resultado de fuerzas abstractas vinculadas a las leyes cósmicas que determinan el destino.

Adicionalmente, Pepitone propone una clasificación de las creencias según su función

- I. Emocional. Las creencias sirven para manejar emociones (miedo, esperanza, enojo, sorpresa, etc.).
- II. Cognoscitivo. Las creencias conforman estructuras cognoscitivas, las cuales proporcionan sentimientos de control sobre la vida
- III. Moral. En este sentido, las creencias juegan un papel regulador en la distribución de la responsabilidad moral entre la persona y el grupo
- IV. El grupo. Las creencias sirven para unificar al grupo al darle a las personas una identidad en común.

También señala que desde una perspectiva evolutiva, las creencias son funcionales pero además selectivamente funcionales ya que desde los comienzos de la historia de la humanidad el compartir creencias servía para manejar emociones y dar estructuras cognoscitivas. Además, indica que las normas prescriptivas que se desarrollaron, eran mantenidas y modificadas con base en su efectividad, por lo que también asume que para llevar a cabo las prácticas cotidianas, las creencias se han vuelto cada vez más específicas.

Los hallazgos de Saffiotti (citado en Pepitone, op cit.) apoyan la hipótesis de que “las creencias, en general, sirven en grupos que operan en experiencias comunes de la vida y que sirven a estas funciones de una manera selectiva y especializada”.

Este análisis psicosocial sobre algunas de las propiedades de las creencias más sobresalientes del repertorio humano gira en torno a la idea de que “las creencias son normas, es decir, conceptos compartidos acerca de agentes, poderes, procesos psicológicos y estados de bondad y rectitud”

2.5. Luis Villoro: Una reflexión acerca de las creencias

Villoro (1982) hace un análisis filosófico sobre nociones como "creer", "saber" "conocer", "actitud" etc con el propósito de precisar los conceptos epistémicos para elaborar teorías científicas sistemáticas que permitan plantear adecuadamente un problema, es decir, si se pretende desarrollar el estudio de las relaciones entre estos conceptos, primero deben ser definidos con precisión para evitar significados vagos que suelen presentarse en el lenguaje ordinario. De acuerdo con el autor, y para fines de esta investigación, se considera fundamental definir el concepto de creencia, para lo cual se revisarán algunos de sus planteamientos principales que aclararán su significado

¿Saber implica creer?

Para Villoro (op cit) **creer** es admitir que existe un *objeto* o situación objetiva como parte de la realidad. **Creer** es un acto mental que produce expectativas, las cuales regulan nuestra

relación con el medio El hombre cree en hechos que considera como parte de un mundo real y cuenta con ellos, cree en hechos que considera verdaderos, (Griffiths, citado en Villoro, op cit), lo cual implica tener expectativas -formulables a modo de hipótesis- que regulan la forma de los comportamientos ante el mundo.

El autor entiende como *objeto*, algo en común que puede ser aprehendido por el sujeto mismo y por otros, entonces, por creencia se entiende la disposición de varios sujetos a compartir un objeto, no sólo la simple representación del objeto, sino también la creencia en él.

Para **creer** en algo, el objeto tiene que pasar por un proceso de percepción, imaginación, memoria, entendimiento o la comprensión del significado Tal proceso se denomina **aprehensión**. Sin este proceso, el objeto no sería de nadie aunque existiera. Al aprehender un objeto, existe la posibilidad de creer en objetos representados por la imaginación u objetos falsos o futuros que no existen en la realidad

Más aún, **creer** en algo supone un cambio de vida, pues la conducta entonces gira en torno a un mundo en el cual nuevos objetos son apropiados o aprehendidos

Villoro define a la **creencia** como "**la disposición a comportarse, determinada por el objeto aprehendido**" En este sentido, algo que caracteriza a la creencia es estar determinada por su objeto Villoro aclara que el objeto no debe ser confundido con el estímulo que provoca una respuesta.

También señala que se puede utilizar un significado restringido de **creencia** como lo ejemplifican los siguientes casos:

a) cuando tenemos una suposición, conjetura o inferencia insegura (adjetivos que no caracterizan a un saber) Por ejemplo "creo que hace bien esa medicina", lo cual significa que no lo sé O bien, a la inversa: "No creo que sea una buena medicina, lo sé"; es decir, que va mucho más allá de una mera suposición

b) Otro uso de "creencia" en el que saber no implica creer es: "Ya sé que me contagié, pero no lo puedo creer", significa que no me lo puedo explicar puesto que es inesperado o contrario a mis expectativas

En cambio, en un sentido más general, **creer** significa "tener un enunciado por verdadero" o "tener un hecho por existente", en el cual, saber implica creer, pues alguien no puede presumir de que sabe algo sin creer en ello "Si alguien sabe que p (un hecho cualquiera expresado por una proposición) también cree que p " (Villoro, op cit) Sin embargo, no es contradictorio decir que se puede creer que p pero no saber que p en muchas ocasiones creemos en cosas sin que podamos asegurar que las sabemos Por lo tanto, saber implica creer, pero no todo creer implica saber.

Así, la primera condición para que alguien sepa que p es que ese alguien crea que p Pero además, ese saber debe corresponder a la realidad, es decir, la creencia debe ser verdadera para llamarla saber Por lo que una segunda condición para que alguien sepa que p es que

"*p*" sea verdadera. No obstante, no se puede hablar de un saber de alguien que no tenga razones que justifiquen su creencia o éstas sean equivocadas, aunque por azar resulte verdadero aquello en que cree.

De modo que una tercera condición es necesaria para que alguien sepa que *p* es tener razones suficientes que justifiquen la creencia

El autor también sostiene que el conocimiento y las creencias no son lo mismo, sin embargo, señala que ambos se relacionan y que para definir cada uno de estos conceptos necesariamente se tiene que dirigir la mirada hacia la voluntad y los deseos del individuo y de la sociedad en que está inmerso

Para una mejor comprensión del concepto se hace referencia a dos concepciones de creencia. La más antigua, fue encabezada por Descartes, Locke y Hume, quienes coinciden en que la creencia es el componente "subjetivo" del saber, es decir, creer es un sentimiento o un acto de un sujeto (Villoro, op cit.) Sin embargo, este enfoque "mentalista" e "idealista", para caracterizar a las creencias, ha de referirse a cualidades subjetivas y por lo tanto privadas, lo cual representa serias dificultades, ya que por un lado, si las creencias fueran ocurrencias mentales, durarían un tiempo determinado, además de que no hay un tiempo específico en el que "ocurran" las creencias, sino que se encuentran latentes en nuestro pensamiento y por lo tanto, en estado de disposición que puede ser o no consciente. Por otro lado, el hablar de las creencias como actos o sentimientos peculiares y privados, nos remite a la experiencia interna, la cual es inaccesible a los demás, lo que a su vez conlleva a la incapacidad de poder describirlas y por ende, a definir las objetivamente; por lo que el autor subraya que a las creencias no se les debe buscar dentro de la conciencia, sino abordarlas a partir de las relaciones que se establecen entre los hombres y el mundo que los rodea.

En la segunda concepción de la creencia Braithwaite (citado en Villoro, op cit.) plantea su definición en términos de disposición a actuar, conformada por dos componentes 1) la representación que tengo de *p*, y 2) la disposición que tengo a actuar como si *p* fuera verdadera

A diferencia de la visión que se tenía de la **creencia** como *ocurrencia mental*, este enfoque ya no hace de la creencia algo únicamente cognoscible para la persona, sino que al hablar de una disposición a actuar, esto significa que pueden ser comprobable por otros, además, las disposiciones no son propiedades de los objetos que puedan ser observadas sino características atribuibles para explicar las ocurrencias

El análisis **disposicional** de la creencia rompe con la tendencia idealista de explicarlo todo por los contenidos de conciencia del sujeto "Creemos en aquello que de hecho tenemos por real en el mundo y actuamos en consecuencia, no en lo que decimos y nos confesamos que creemos" y continúa

" Disposición es un término teórico que se refiere a una clase de estados no observables en que debe estar algo para que, dadas determinadas circunstancias, se produzcan

determinados comportamientos. Es pues una condición inicial que, añadida a los hechos señalados por el antecedente, explica el consecuente" (Villoro, op cit).

Así, las disposiciones psíquicas, como timidez o creencia, podrían eventualmente reducirse a relaciones determinadas entre estados neuronales o a estructuras de ciertos componentes mentales, si tuviéramos una teoría neurofisiológica o una teoría psicológica suficientemente avanzada entonces podríamos explicar las propensiones a tener ciertas conductas, por esos estados o estructuras y podríamos prescindir del término "disposición" Un análisis disposicional es neutral frente a la tesis mentalista o fisicalista

Las creencias actúan como una guía de las posibles acciones que colocan al individuo en la "disposición" a reaccionar de determinadas formas y en las más diversas circunstancias

De acuerdo con Villoro, cabe señalar que se pueden distinguir a las creencias "reales", sean conscientes o no y estén o no expresadas verbalmente, de las creencias "profesadas", esto es, las que cada quien se confiesa Esta distinción, dice "es indispensable para explicar múltiples casos de autoengaño, tanto neurótico como ideológico", a las que en esta investigación se llaman creencias lógicas –internas o externas– en el caso de las primeras, y creencias prelógicas –internas o externas– correspondientes a las profesadas

A la disposición se le puede interpretar de dos formas, a pesar de las ventajas que representa

1) Desde el punto de vista conductista, la probabilidad de que, dados ciertos estímulos, se presenten ciertos comportamientos, sin que la disposición tenga una existencia propia fuera de esa relación (Villoro, op cit.). De acuerdo con esta interpretación, la disposición se podría conocer a través de los estímulos y las respuestas. Esto significa que es posible que a partir de determinada creencia, se puedan inferir los comportamientos que la manifiesten pero lo contrario resulta más difícil, porque a partir de un comportamiento dado, no es posible inferir con certeza la creencia que lo sustenta puesto que una misma acción puede ser la expresión de varias creencias

2) La creencia es un estado interno del sujeto que tiene una existencia propia, y que junto con otras propiedades, puede explicar comportamientos diversos frente a estímulos variados. La creencia determina una estructura general de conducta, guía y orienta las acciones (Villoro, op cit) Esto significa que la disposición se refiere a un estado latente en el que debe estar algo para que, dadas ciertas circunstancias, se originen determinados comportamientos Así, constituye una condición inicial que, incorporada al antecedente, explica el consecuente

Si interpretamos a la creencia como un estado disposicional, entonces ¿cómo se puede diferenciar de las intenciones y emociones que también pueden entenderse como estados disposicionales?

Ante esta compleja relación, el autor menciona que frente a otras disposiciones, la creencia se caracteriza por la disposición a actuar como si "p" fuese verdadera. Por lo tanto, la

relación con la verdad de lo creído sería la diferencia específica, es decir, la relación de lo creído (p) con el mundo.

Por tanto, es fundamental caracterizar a la creencia de otras disposiciones, en especial de las actitudes, rubro bajo el cual, en la mayoría de las investigaciones en Psicología Social ha estado subordinado el estudio de las creencias como conceptos independientes.

Si bien, Allport (citado en Villoro, op cit.) distinguió de manera explícita entre creencia y actitud aludiendo que la actitud se refiere a la disposición favorable o adversa hacia un objeto o situación objetiva, la creencia se refiere a la verdad o falsedad de las propiedades que le atribuyo, también señaló que creencias y actitudes van juntas, por ello, las preguntas utilizadas en las encuestas de actitudes miden a la vez creencias y actitudes

Pero hay que precisar que las respuestas verbales de los sujetos a las preguntas formuladas por el investigador son expresiones de la actitud y no la actitud misma. Por lo que para separar la creencia de la actitud, también se debe poner atención en la forma en que puedan ser diferenciadas las respuestas verbales que expresen creencias de las que expresen afectos o intenciones. Asimismo, las encuestas deben estar construidas de manera que puedan discriminar las preguntas que pretenden medir creencias de las que miden otros conceptos

Ante estas limitantes, Fishbein (citado en Villoro, op cit.), resalta la utilidad de distinguir las creencias, las actitudes y las intenciones a fin de explicar el comportamiento de una forma más precisa

En la presente investigación se intenta hacer una fina clasificación de las creencias que permita discernir los componentes que explican la conducta del ser humano a fin de crear estrategias más sensibles y acordes con la naturaleza de los fenómenos que la sustentan para prevenir la enfermedad y fomentar el cuidado de la salud, ya que el estado del individuo que media entre estímulo y respuesta no es sólo de creencia sino también de intenciones y emociones y todas esas variables intervienen en la explicación de un mismo comportamiento

De este modo, será más fácil distinguir situaciones en las que por ejemplo

1) Dos personas (A y B) pueden tener la misma actitud hacia un objeto (actitud favorable hacia el uso del condón) y tener diferentes comportamientos (A lo usa y B no lo usa) por no compartir las mismas creencias sobre ese objeto (A cree que es su responsabilidad protegerse de las enfermedades, B cree que si se enferma, es porque "ya le tocaba")

2) Dos personas que comparten la misma creencia (A y B creen que si usan condón, "no se siente igual") pueden diferir en su actitud (la actitud de A es favorable hacia el uso del condón porque siente miedo de contagiarse, la actitud de B es desfavorable porque siente que lo aleja de su pareja) y tener conductas distintas (A lo usa, B no lo usa).

Es aquí donde Villoro hace referencia a la importancia del estudio de las creencias debido a que éstas determinan las relaciones del hombre con su mundo. En este sentido, se observa cómo las creencias disponen al individuo a adquirir pautas de conducta saludables o no

Esto tiene especial importancia, porque como lo demuestra el estudio desarrollado por Fishbein y Raven (Villoro, op cit), en el que utilizaron una forma modificada del diferencial semántico para medir la respuesta afectiva de distintos sujetos a parejas de palabras que denotan grados de creencia en la existencia de un objeto y parejas de palabras que denotan actitudes, todos coincidieron en que por ejemplo, "posible -imposible", "verdadero-falso", "existente-inexistente" expresan creencias y "benéfico- dañino", "limpio-sucio", "sano-enfermo" expresan actitudes, (Villoro, op cit.).

Por lo tanto, la medición de la creencia y de la actitud por separado permite contar con una base empírica para distinguirlos conceptualmente. Sin embargo, es importante destacar que en una encuesta que mida creencias, su éxito depende de que los encuestados puedan discernir enunciados de creencia por un lado y de actitud por el otro, siendo excluyentes, aunque también debe de considerarse el hecho de que es muy probable que todo enunciado de actitud presupone necesariamente una creencia. Esto es, " p es benéfico" representa una actitud favorable hacia p , pero además, presupone que " p existe", lo cual es un enunciado de creencia. Fishbein (citado en Villoro op cit) advierte que la "actitud" de una persona hacia un objeto es producto de sus creencias sobre el objeto y de sus evaluaciones positivas o negativas. Por consiguiente, el resultado de sus mediciones, no representa el corte entre las creencias y las actitudes, sino que finalmente distingue a las creencias ("dimensión de probabilidad") de las creencias que se acompañan de una evaluación afectiva ("dimensión evaluativa"), las cuales se llaman actitud.

Pero entonces, ¿qué es lo que interesa conocer de un mismo comportamiento? El ser humano puede ser visto desde dos perspectivas para entender mejor su comportamiento: 1) como expresión de una actitud (tendencia afectiva que llena una necesidad personal), y 2) como expresión de una creencia (representación de algo que puede estar en el mundo común a los otros)

Esto es relevante porque los afectos e intenciones de los otros, no pueden ser elementos de las tendencias propias puesto que se trata de componentes subjetivos, en cambio, las creencias son compartidas y difundidas por el grupo, por lo que se puede hablar de "creencias colectivas" ya que las propiedades que las disposiciones del otro comunican con un mundo que puede ser común al propio. Por tanto, Villoro (op cit.) las llama objetivas. En palabras del autor. "objeto" es lo que puede ser común a cualquier sujeto. Así, "Si S cree que p , uno u otro sujeto cualquiera puede también creer que p , porque p puede ser un hecho del mundo común a todos y no sólo a S ".

De esta manera, la diferencia entre creencia y conocimiento es que la primera se refiere a la disposición determinada por hechos tal como son aprehendidos por una persona o grupo de personas, mientras que el conocimiento hace referencia a la disposición determinada por hechos tal como son en la realidad.

El que una persona aprehenda un hecho o lo tenga por existente, significa que está predispuesto a establecer relaciones con el mundo determinadas justo por esos hechos o situaciones objetivas. Este objeto que determina la creencia, puede, sin embargo, no existir

y por consiguiente, Villoro hablaría de que la creencia puede ser falsa, lo que en el presente estudio se llama creencia prelógica.

Ya se había dicho que la disposición guía y orienta la **acción**, no obstante, una característica fundamental de tal disposición es que su contenido delimita cuáles son las acciones a las que se está propenso dentro del conjunto de acciones posibles. Es decir, si alguien cree que p , está dispuesto a realizar ciertas acciones que son definidas por p , ya que el objeto de la creencia determina en cada circunstancia particular, el ámbito de respuestas posibles. Esto tiene especial importancia, ya que el contenido lógico o prelógico de las creencias nos llevará a conocer los grados de cuidado de la salud o afrontamiento de la enfermedad que practican los adolescentes

El autor sostiene que " una misma **acción** puede ser manifestación de varias creencias. Para saber cuál de ellas manifiesta, tendríamos que conocer, además de la acción, la intención con que se realiza y otras creencias ligadas con ella" Cuando varios **comportamientos** son repetidos, se puede inferir la existencia de un estado interno en el sujeto que junto con otras propiedades como intenciones y emociones los explique, es decir y parafraseando al autor "la creencia determina una estructura general de conducta, guía y orienta las **acciones**", entonces la creencia sería una causa del comportamiento

Price (Villoro, op cit) sugiere considerar a la creencia no sólo como disposición a comportarse de determinada manera sino también como disposición a tener determinados estados emotivos o volitivos

Crear no implica necesariamente actuar como se cree. El paso de la disposición a la acción requiere de factores suplementarios, por una parte la adopción de un fin (intención) y emociones. Sólo bajo el supuesto de una perfecta racionalidad de las acciones del otro, podríamos inferir de ellas, con seguridad, sus creencias

Por otro lado, se resalta la idea de Villoro (op cit) acerca de que "Si alguien tiene una actitud afectiva favorable hacia p , implica necesariamente que el sujeto cree que p y que p satisface una necesidad del sujeto" Esto quiere decir que tanto el aspecto afectivo como conativo de la disposición, están determinados por su objeto: sentirse atraído por algo, es porque es placentero o agradable, llevar a cabo determinado comportamiento es porque es provechoso, empero, la realidad es que no me siento atraído por algo que es hermoso, sino porque "creo" que es hermoso, de igual forma, no oriento mis acciones porque de hecho sean útiles, sino porque así lo "creo". Es entonces, que sobre la base de la creencia se añade la dimensión evaluativa y la intención conativa.

Por lo anterior, el autor propone la siguiente definición de creencia **"estado disposicional adquirido, que causa un conjunto coherente de respuestas y que está determinado por un objeto o situación objetiva apprehendidos"** (Villoro, op cit) En donde se le concibe como un estado interno del sujeto sin considerarla como "ocurrencia mental", también, resalta la importancia de la cultura ya que es aprendida, expresa la idea de que el objeto al que se dirige la creencia debió de haber sido apprehendido en algún momento y que se encuentra latente en la conciencia. Además, delimita p al objeto apprehendido, es decir, a lo que existe para el sujeto y por ende, puede existir también para otro sujeto. Asimismo,

circunscribe la manera en que el sujeto está dispuesto a responder y distingue entre creencia y representación de un objeto, ya que ésta última no determina ninguna disposición

Si la creencia es un estado que se debe admitir para explicar las acciones de un individuo en el mundo, Villoro trata de analizar otras condiciones que influyen en el individuo para tener una creencia

De esta manera, formula tres explicaciones fundamentales de por qué la gente cree:

- 1) Por *antecedentes* que colocaron al sujeto en situación de aprehender p . una serie de circunstancias, hechos sociales, culturales, psicológicos, relativos a S .
- 2) Por *motivos* que llevan a S a aceptar p , esto es, explicar la función que tiene el aceptar una creencia en la realización de los deseos, intenciones, necesidades de S , en referencia a los supuestos y consecuencias psicológicas de la creencia
- 3) Por las *razones* que tiene S para considerar que existe p . La justificación que S da a sus creencias, al relacionar la creencia de S y otras creencias u operaciones cognoscitivas.

En resumen, Villoro hace una reflexión de las creencias y su relación con la perspectiva cognoscitiva. El autor trata de explicar lo que es el conocimiento, cómo es que el hombre conoce algo y llega a creer en ello. En este sentido, Villoro se asemeja a los autores cognoscitivistas (Myers, Pepitone, etc), al resaltar el aspecto de la formación de estructuras psicológicas de conocimiento, es decir **las creencias**. Es por esto que se observó pertinente la participación de éste en el cuerpo teórico del presente trabajo

CAPÍTULO III.

SALUD Y ENFERMEDAD

3.1. Conceptualización de la salud y la enfermedad

Reverté (1981) nos lleva a través del tiempo, para conocer la historia del proceso salud-enfermedad y resalta la importancia de una medicina popular común en todas las culturas de América que contiene los elementos y estrategias más antiguas y tradicionales de la hechicería y la magia combinados con ideas religiosas, así como una medicina botánica influenciada por la astrología

Así, los aztecas consideraban a la enfermedad como un castigo otorgado por los dioses, como la acción producida por un hechicero (magia negra) o por la pérdida del alma (tonalli), la destrucción animal totémico (nahualli) o la venganza de espíritus o almas en pena. También reconocían que algunas enfermedades eran debidas a la acción de la naturaleza: el frío, el calor, el viento, etc.

En tanto que los mayas, cakchiqueles, tzotziles y quichés consideraban que la vida era una lucha constante entre los espíritus del bien y del mal, dioses benévolos y malignos o demonios. Se caracterizaban por tener una cosmovisión mágico-religiosa y de ahí que tanto la salud como la enfermedad fueran explicadas a través de lo sobrenatural. Por lo tanto, para contrarrestar el mal recurrían a la magia.

También pensaban que los dioses castigaban con la enfermedad a aquellos que los ofendían o desobedecían. Sin embargo, consideraban que el humano también tenía poder para enfermar por medio de la hechicería o venganza de un chamán. Se han encontrado más de trescientas enfermedades distintas en los libros sagrados de los mayas: el Popol-Vuh y Chilam-Balam de Chumayel.

Además se creía que la enfermedad era causada por enanos y gigantes y para combatirlos, ponían comida en la entrada de su casa. Del mismo modo que los aztecas, creían que otra causa de enfermedad era la naturaleza además de alimentos fríos y calientes.

Para los tzotziles una enfermedad corta es producto de causas naturales, las cuales no causan grandes sufrimientos o incapacidad y si ésta se agrava es considerada como un castigo de los dueños del cielo, de la tierra, de los lugares sagrados o los santos católicos. Saldaña (1994) señala que para ellos, la enfermedad es considerada como un castigo si violan las normas sociales tradicionales. También creen que la hechicería provoca la enfermedad y consideran a la envidia como una poderosa fuente que la alimenta.

Existen tres tipos de especialistas entre los tzotziles. el ts'ak bak que cura la carne y el hueso, el 'ilol que se ocupa del tratamiento de la carne y el hueso mediante la curación del espíritu, luchando contra enfermedades de origen sobrenatural, enfermedades del espíritu,

hechicería y se diagnostica tomando el pulso del paciente. Por último, el Me'santo es quien lleva a cabo ritos mágico-religiosos que datan de la religión maya

Sus principales enfermedades son: el *komel* (susto), *il k'o* (los malos deseos), *ch'ulelal* (enfermedad del alma), *bik'ta ch'ulelal* (la gran enfermedad del alma) y *chonbil ch'ulelal* (enfermedad del alma causada por su venta).

Por otro lado, los indios cunas de Panamá creen que la enfermedad es un castigo divino. Cuando un indio ofende a su dios supremo cuna o Padre Grande, éste otorga el poder al espíritu del mal o diablo de arrebatar el alma del indio y se la lleve al infierno, lo cual denominan "raptó del alma o enfermedad", es decir, la separación del alma y el cuerpo

En general, los pueblos primitivos de América conciben una relación entre la enfermedad, la magia y la religión. "Este concepto primitivo, natural, de atribuir a la enfermedad o a lo incomprensible causas sobrenaturales, es similar al que tiene el ser humano desde los tiempos más remotos y entre los pueblos más diversos" Saldaña (op cit)

Consecuentemente, la importancia de este concepto es el desarrollo de alternativas para luchar contra los efectos de los poderes sobrenaturales, y así, poder curar la enfermedad: el mago, el médico, el hechicero, el chamán

Por otra parte, los navajo consideran a la salud como el síntoma de una relación armónica entre el hombre y su ambiente. su 'ambiente' sobrenatural, el mundo que lo rodea y sus semejantes. Asocian la salud con el bien, la beatitud y la belleza, es decir, con todo lo que se valora positivamente en la vida. Mientras que la enfermedad es considerada como una pérdida del equilibrio, por transgredir los tabúes que guían el comportamiento de los navajo, especialmente en el caso de gente mayor y conservadora. Otra causa atribuida a la enfermedad puede deberse también al contacto con los espíritus de los muertos, o al atrevimiento de otro navajo de recurrir a la brujería.

Muchas de estas creencias referentes a las causas y orígenes de la enfermedad reciben confirmación de la experiencia recogida en el Viejo Mundo. "En muchas culturas, salud y enfermedad se encuentran inextricablemente vinculadas con el comportamiento socialmente aprobado y la conducta moral, de aquí que tal opinión opere como una fuerza estabilizadora y una presión en favor de la conformidad social. Los antropólogos informan que en varias sociedades analfabetas se considera que, para gozar de buena salud, es esencial 'tener buenos pensamientos, evitar las riñas y los actos agresivos'" Saldaña (op cit)

De acuerdo con lo anterior, en algunas zonas rurales de Medio Oriente existe la creencia de que la enfermedad es causada por haber dejado de cumplir algún ritual o ceremonia religiosa.

Según la cultura, se determina también la clasificación de las enfermedades, la estimación de su gravedad y el tipo de tratamiento requerido. Por ejemplo, se consideran enfermedades 'frías' las que se curan con medicamentos y enfermedades 'calientes' en las que se hace

necesario atacar a las fuerzas ocultas para contrarrestarlas y de acuerdo a esta división se sabe a qué tipo de 'especialista' se debe recurrir" Ammar (citado en Read, 1968)

Por su parte, la cultura de los gnomi tiene un sistema de valores bien integrado que se caracteriza por el respeto a los antepasados, el buen comportamiento con los mayores y el control de sí mismo en momentos de hambre, cólera y riesgo físico, los cuales se relacionan con el mantenimiento de la buena salud. (Read, op cit)

Uno de los componentes importantes de la cultura de un pueblo es el sistema de creencias referentes a la relación del hombre con la naturaleza, con sus semejantes y con los poderes sobrenaturales en los que reconoce a los creadores del universo. Esas creencias se hallan incorporadas a su cosmología, su filosofía y su religión. La comprensión que tienen de la vida y la muerte, la salud, la enfermedad y los accidentes es parte de ese sistema.

Así mismo, menciona que una ideología religiosa subyacente a las prácticas de salud no sólo orienta el comportamiento en este terreno, sino que también da un sentimiento de seguridad a quienes se adhieren a estos preceptos. Así, en muchos sistemas religiosos se cree que la enfermedad y la muerte prematura son un castigo por infringir un código ético. Por ejemplo, los gnomi creían que cuando un guerrero era herido en batalla, sus heridas no curarían a menos que en su hogar su esposa observara estricta abstinencia sexual, así mismo, la creencia en la infracción del código ético por parte de los padres podía ser causa de que un niño enfermara.

En tiempos remotos, no existía una clara división entre el comportamiento esperado y la salud, puesto que si los individuos no actuaban como debían, se les consideraba enfermos. De esta forma, las causas de la enfermedad eran atribuidas a los actos incorrectos, a las maldiciones rituales o a la posesión por parte de los espíritus. A pesar de la dinámica de la enfermedad, la mayor parte de las explicaciones no separaban las emociones del individuo del estado de enfermedad de su cuerpo. En cierto sentido, el tratamiento era primordialmente una cuestión de comportamiento. El sacrificio, la oración y el poder de la sugestión eran todos parte integral de la atención de salud. La práctica de la medicina era en gran medida una empresa de orden filosófico o religioso (Read, op cit)

A través de los tiempos, la salud y la enfermedad han sido tema de amplios debates, dada la trascendencia que tiene en la historia de la sociedad. De esta manera, para explicarla y comprenderla, se ha intentado definirla de diversas formas.

La OMS (San Martín, 1984) ha definido a la salud como el equilibrio biopsicosocial de los individuos, en donde es importante señalar que se intentan integrar factores individuales, grupales y sociales. Sin embargo, se enfatiza el aspecto individual. Por lo que no es del todo adecuada para el estudio de la salud en el ser humano, puesto que a éste no se le puede ver como un ser individual aislado de una sociedad y un ambiente determinado. Además, la variabilidad de sociedades, condiciones de vida y ambientes sociales, hacen que la noción de "salud absoluta" no parezca realista.

Terris (citado en San Martín, op cit.) modifica la definición de la OMS en la siguiente forma “salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y de capacidad para la función y no sólo la ausencia de enfermedad (en cualquier grado) o de invalidez”

Diez-Martínez, et al. (1992), mencionan que la salud y la enfermedad son un proceso social determinado por la estructura económica, familiar, social, escolar y laboral y el estudio de las relaciones entre los distintos componentes de dicha estructura podría proporcionar explicaciones referentes a dicho proceso. La salud y la enfermedad son fenómenos colectivos, producto de una interacción con los demás procesos sociales, de ahí que esta problemática esté relacionada con los procesos psicológicos de adquisición del conocimiento social desde perspectivas individuales y grupales.

Laurell (citado en Diez-Martínez, op cit) afirma que la salud y la enfermedad constituyen una unidad dialéctica, ya que no son más que dos momentos de un mismo fenómeno, y que entre ellos se establece una relación en constante cambio.

Al respecto, Foster (1983) considera que tanto la sociedad saludable como el individuo saludable conforman un modelo común de equilibrio. En la sociedad, la distribución de la riqueza y de otras formas de lo bueno es armónica y en el individuo, el cuerpo saludable es aquel en el que el calor se encuentra distribuido de manera uniforme. El equilibrio que mantiene saludable a una sociedad se pone en peligro cuando la riqueza se concentra sólo en una pequeña parte de la misma. De igual forma, la excesiva concentración o pérdida de calor en alguna región del cuerpo humano trae como consecuencia el rompimiento del equilibrio que mantenía la salud dando lugar a la enfermedad.

Para recuperar el equilibrio o estado de salud tanto de una sociedad enferma como de un organismo enfermo, los hombres actúan de manera similar. “eliminan el exceso de riqueza y otros bienes, o el exceso de calor según sea el caso, o añaden riqueza o calor u otro remedio para el desequilibrio que produce la condición enfermiza” (Foster, op cit.).

A su vez, Alvarez Balbás (citado en Gómezjara, 1981), define la salud como “un estado de equilibrio entre el agente agresor, el hombre y su medio ambiente” En esta definición se aprecia el carácter sociohistórico y multicausal de la enfermedad.

Mientras que Ferrara y cols. (citado en San Martín, op cit), dicen que “la salud es un continuo accionar del hombre frente al universo físico, mental y social en que vive, sin omitir esfuerzos para modificar y transformar aquello que deba ser cambiado” Este planteamiento resalta la importancia de la influencia de las condiciones sociales específicas de un país sobre la salud y el papel del hombre en la transformación de ese marco social.

Sonis et al. (citado en San Martín, op cit.) señalan que la salud “es un sistema abierto que recibe insumos representados por los recursos de todo tipo que en nuestro sector se vuelcan, recursos que son elaborados e instrumentados, organizándolos para la realización de actividades que aparecen como servicios que se prestan a la comunidad que resulta pues, el producto final del sistema”

R Dubos (citado en San Martín, op cit.) ecologista francés, define a la salud como “el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio”.

Por otro lado, Cornillot (citado en San Martín, op cit.) define a la salud como “una noción perfectamente subjetiva, no reposada sobre ningún criterio objetivo de carácter biomédico o socioeconómico, la salud aparece como un estado de tolerancia y de compensación física, psicológica, mental y social, fuera de la cual otra situación es percibida como enfermedad”.

Di Nicola, (citado en Donati, op cit.), comenta lo siguiente acerca de la salud. “Salud como don natural, salud como producto de las elecciones de vida individual, salud como producto del sistema sanitario, salud como producto del ambiente, salud como control del cuerpo, salud como retorno a la naturaleza...” la salud se identifica con el normal funcionamiento del organismo, en sus aspectos físicos y psicológicos”. “la salud es garantía de un equilibrio que es resultado general del balance entre factores como trabajo, alcohol, tabaco, alimentación, fármacos, movimiento Por consiguiente es el concepto global de *justa medida*, en la vida cotidiana, en el trabajo” ..”la salud puede también ser considerada un *instrumento* algo que permite al individuo alcanzar otros objetivos, otros fines.

La salud es funcional, permite trabajar, ser autosuficiente; es por consiguiente un capital, un bien que hay que preservar y transmitir Es necesario adquirir hábitos de vida que permitan prolongar el mayor tiempo posible la condición de sano “Sueño, higiene, alimentación, cuidado del cuerpo, deben ser dirigidos al mantenimiento de un organismo eficiente, cuyo buen funcionamiento depende más de tales prácticas sistemáticas”

La salud es vista como un *producto* porque depende de una multiplicidad de factores, tales como la vivienda, la alimentación, el trabajo, los fármacos, etc , que más o menos puede controlarse y que depende tanto de los comportamientos individuales como de las más generales condiciones de vida

“La salud es un valor básico que gobierna la elección de vida individual La salud, su búsqueda y su mantenimiento, estructura todos los comportamientos a través de una búsqueda constante por un compromiso entre lo que puede ser controlado y lo que no puede serlo, entre lo público y lo privado, entre el placer y el riesgo”

La salud es identificada con el ritmo de vida que lleva el individuo ya que éste da forma a las actividades sociales y físicas, tanto individuales como las de grupo

“La concepción de salud como valor básico de la vida lleva a enfatizar el papel de la prevención y de la información que hacen posible modificar algunos hábitos de vida no saludables y **adoptar comportamientos más racionales** fundamentados en creencias ya sea de orden interno o externo pero manteniendo su carácter lógico que beneficie el estado de salud del individuo y su grupo . finalmente, la salud puede ser considerada por el sujeto como un bien colectivo que debe ser garantizado desde las diversas instituciones sociales. es así como mediante las diferentes concepciones de la salud se pretende identificar grupos de comportamientos congruentes”

San Martín (op cit) señala que el concepto de salud es dinámico, histórico, cambia de acuerdo con las condiciones de vida de las poblaciones y las ideas de cada época (relaciones de producción) “Por lo tanto, la idea que la gente tiene de su salud no es siempre la correcta; esa idea está siempre limitada por el marco social en que la gente actúa”

Así mismo, menciona que un problema de salud deja de ser individual y pasa a ser de dominio colectivo, cada vez que en su solución dominan factores sociales y por ende, la acción comunal organizada. Además, sostiene que la salud comparada con una sensación de bienestar físico, mental y social trae como consecuencia serios problemas al evaluar el estado de salud, puesto que conlleva un factor subjetivo, por lo que todo tipo de frustración podría ser considerada como enfermedad. Por tanto, San Martín (op cit) propone la siguiente definición: “el mejor estado de salud de toda la población no es sino el mejor estado de equilibrio ecológico entre los riesgos que afectan la biología de cada individuo (y de la población) y los medios de controlar estos riesgos, teniendo en cuenta la cooperación activa de cada individuo y de la población en su conjunto”.

Con esta definición, no se puede esperar obtener la misma calidad de salud para cada sociedad, debido a que este nivel se relaciona a su vez con “el nivel de desarrollo socioeconómico, con el tipo de desarrollo, con la cobertura y orientación del sistema de servicios de salud, con el grado de participación y la educación sanitaria de la población”

Actualmente, entre los científicos, los profesionales de la salud y los responsables de las decisiones políticas, crece el convencimiento de que buena parte de lo que se percibe como enfermedad en gran medida proviene del comportamiento de las personas más bien que simplemente de agentes patógenos biológicos. El hábito de fumar, el abuso de drogas y alcohol, el exceso en el comer, el consumo excesivo de sal, la falta de ejercicio, la negligencia en el uso del cinturón de seguridad y en la búsqueda de atención médica así como los estilos de vida de gran estrés, son tan sólo algunos de los factores del comportamiento que causan enfermedades graves (Holtzman, et al 1987)

El proceso de salud-enfermedad es entendido como una categoría inherente al ser humano. Dada la multiplicidad de factores que intervienen en el estado de la salud y de la enfermedad, es difícil dar una definición estática y universal, puesto que las creencias, comportamientos y actitudes hacia la salud y la enfermedad dependerán del contexto sociocultural de cada país.

3.2. Teoría social de la salud y enfermedad

San Martín propone la teoría social de la salud y enfermedad que se basa en la dialéctica de lo social y lo biológico y dirige su atención al problema resaltando la condición social y productiva del ser humano, su racionalidad y capacidad para crear cultura.

Las evidencias encontradas en estudios hechos por arqueólogos, etnólogos, etc de la historia de la humanidad en relación con la salud-enfermedad, concuerdan con la teoría social de la salud: “desde la estructuración de las sociedades humanas en la época neolítica,

y en particular con el paso de sistemas de economía recolectiva a la economía productora del neolítico, la morbilidad humana y los 'riesgos' para la salud aumentan paralelamente al desarrollo de la producción y a la formación de las desigualdades socioeconómicas en poblaciones humanas" (San Martín, 1992)

Esto explica la situación actual respecto a los sistemas de salud, los cuales no son suficientes para asistir a las necesidades y a los "riesgos de enfermar" de las colectividades, así como tampoco aseguran al individuo su derecho a la salud.

A pesar del avance tecnológico y científico de la medicina, ésta aún sigue centralizando la salud y la enfermedad, ya que es incapaz de erradicar la enfermedad e incrementar la salud. Sus logros consisten en prolongar la vida del enfermo pero no impedir el "círculo vicioso de la enfermedad" ni tampoco frenar que "los costos del sistema curativo crezcan indefinidamente hasta hacerlos insostenibles para la población y para el estado" (San Martín, op cit) Esta desafortunada incompetencia de la medicina es debida no a la ignorancia, sino a la postura que guarda el sistema de servicios de salud en el proceso social de producción y de consumo en cada sociedad determinada, es decir, distribuye de manera inadecuada los recursos del sistema de salud al otorgar por ejemplo a la medicina clínica-curativa la mayor parte del presupuesto y aún más, la responsabilidad en los programas de salud, en un contexto en el que tanto la salud como la enfermedad rebasan los alcances de la medicina y no le da la importancia debida a la tarea de la prevención

Las relaciones del hombre con la naturaleza y con la sociedad y por lo tanto, la salud-enfermedad del individuo y la colectividad son definidas no sólo por la biología sino que en ella interviene decisivamente tanto la estructura económica, la estructura de producción-consumo, así como las relaciones sociales de producción, debido a que el hombre es eminentemente cultural y social por lo que influye y a su vez es influido por la sociedad en la que vive y la salud "no es el efecto de una causa determinada, sino que es el producto global y total de la vida social, con dimensiones y asociaciones diferentes en cada situación dada" (San Martín, op cit).

Es virtud de ello la salud debe definirse con relación a las necesidades de los individuos y sus comunidades, así como pasar del mecanismo fisiológico al proceso social nivel y modo de vida, hábitos y costumbres cotidianos. Lo cual quiere decir que la enfermedad, el deterioro, la invalidez, la intoxicación o la muerte prematura no son causa natural sino las consecuencias de la sociedad en la que vivimos.

Son dos las razones principales las que condicionan esta situación la primera reside en que la naturaleza del hombre es biológica-animal, sin embargo, se caracteriza por su capacidad para crear cultura, vida social y actividad productiva por lo que se convierte en un ser biológico-social y cultural. Estas características llevaron al hombre a aminorar su carácter genético y a reemplazarlo por sus habilidades sociales. De este modo, la vida del hombre adquiere sentido gracias al sentido de la historia, la cual expresa que el hombre comienza a diferenciarse de las otras especies en el momento en que deja de ser recolector y se convierte en productor de sus medios de subsistencia. Cambio que trascendió tanto para el desarrollo de las sociedades como para el futuro de la salud en la humanidad.

La segunda razón consiste en entender la salud-enfermedad como un “producto global de un complejo y dinámico proceso de determinación social con dimensiones y asociaciones diferentes en cada caso” (San Martín, op cit.) Lo cual significa que los estados de salud-enfermedad y muerte tienen una raíz social y sus consecuencias en la biología del individuo pertenecen a los mecanismos ecológicos. El autor lo sintetiza de la siguiente manera. “El hecho de que el hombre viva de la naturaleza tiene un doble sentido: biológico y social. La unidad entre lo biológico y social persiste completa hasta que las sociedades humanas, por su actividad social de producción, separan las condiciones naturales de la existencia humana de las condiciones sociales de vida del hombre”

De tal forma que en el paso de la recolección a la agricultura la producción tomó el mando sobre la distribución y el consumo sociales, fenómeno que da cuenta de la propiedad privada de los medios de producción, que a su vez deriva en la división social del trabajo y emerge la industrialización de la producción, lo cual explica ya en la época moderna que lo social condiciona y determina lo biológico en las sociedades humanas. Por lo que al llevar un análisis epidemiológico de la salud-enfermedad deberá tomarse en cuenta tanto la “realidad social” como la “realidad natural” del hombre y de su ambiente para poder dar cuenta del proceso salud-enfermedad.

Por lo anterior, San Martín considera a la salud desde los siguientes ángulos:

- Origen y distribución sociales de los “determinantes” de la salud-enfermedad, la invalidez y la muerte en las sociedades humanas,
- La salud, la enfermedad y la muerte como procesos sociales que concluyen en procesos bioecológicos individuales;
- La duración de la vida humana (en años de vida);
- La vida vivida en “salud” y en plena capacidad funcional (física, mental y social),
- La calidad socioecológica del ambiente de vida de la comunidad;
- La participación activa, consciente y democrática de las comunidades en la protección de su propia salud y en la defensa del medio ambiente

Esto significa que se debe abandonar el carácter privativo de lo “biológico” e “individual” de la salud-enfermedad y retomar el concepto moderno de la “salud pública” si es que se pretende mejorar el estado de salud de las sociedades humanas a través de la promoción de la participación consciente y activa de las mismas. Lo cual quiere decir también que la salud no es un proceso aislado del contexto social, sino la obtención de la estructura político, social y económica de un país, cuya meta debería ser el bienestar de la población salud, paz, justicia y libertad, todos estos factores también coadyuvan a la salud.

“El mejor estado de salud de la población de un país corresponde al mejor estado de equilibrio entre los riesgos que afectan la salud de cada individuo y de la población y de los medios existentes en la colectividad para controlar estos riesgos teniendo en cuenta la cooperación activa de la población” (San Martín, op cit).

Rojas (1983) menciona que la salud-enfermedad es un proceso sumamente complejo, el cual puede ser abordado en distintos niveles de análisis que responden a diversos intereses y circunstancias concretas.

En primera instancia, el enfoque de la medicina curativa y la consecuente práctica médica, considera que una causa es necesaria y suficiente para que se produzca la enfermedad, los agentes patógenos, físicos, químicos o mecánicos, son los responsables de la alteración de las funciones "normales" del organismo, los cuales, a través del diagnóstico clínico son tratados para "eliminarlos" y recuperar la salud

De acuerdo con este modelo, la enfermedad es vista como un problema individual y por lo tanto, la solución la encuentra en un equipo de salud competente y en una infraestructura médica adecuada.

Es importante señalar, que la enfermedad es una realidad concreta que se manifiesta en los seres humanos, y que este nivel de análisis, sin duda tiene validez, pero únicamente responde a una fracción del complejo proceso de la salud-enfermedad ya que parte de una concepción unicausal de la misma, lo cual no puede explicar la difícil situación que se vive en la actualidad en el ámbito de la salud de la población, pues ignora las condiciones sociales que definen cómo, de qué y con qué frecuencia y gravedad se enferma la gente

Un segundo nivel de análisis, se encuentra en la concepción del individuo como parte de una comunidad con características socioeconómicas y culturales, que está relacionado con factores sociales y físicos propios del medio donde trabaja y vive y en el cual, la enfermedad es considerada como un fenómeno sujeto al acontecer social y físico. Esto es, las condiciones deterioradas de vida y de trabajo hacinamiento, desempleo, insuficiencia de los servicios públicos, desnutrición, educación deficiente, están relacionados con la presencia de factores físicos, químicos o mecánicos adversos para la salud

Así, el enfoque multicausal de este modelo, presenta serias ventajas sobre el anterior, ya que considera las condiciones reales de existencia, los intereses y la ideología que no sólo permea la concepción que la gente tiene sobre dicho proceso, sino que también define las prácticas del cuidado de la salud y la prevención de la enfermedad. Sin embargo, ignora la historicidad del proceso

No obstante, existe un tercer nivel de análisis, el cual, de acuerdo con el autor, ofrece una mejor y profunda comprensión del proceso, ya que se apoya en la sociología médica marxista que conceptualiza a la salud-enfermedad como un fenómeno social cuyas causas se encuentran en la estructura de la sociedad, lo cual responde a las diferencias existentes entre las clases sociales, respecto del tipo, frecuencia y gravedad de la enfermedad, así como en la concepción de ésta, en la esperanza de vida y muerte y en el acceso real a los servicios médicos.

De este modo, la salud-enfermedad es considerado como un fenómeno histórico, como un proceso natural condicionado por el contexto social, que adquiere particularidades en cada formación y grupo social concretos.

Por tanto, este modelo supera a los dos anteriores, pues la realidad es estudiada en su conjunto, ya que todos los fenómenos de la realidad social se encuentran relacionados. en dependencia mutua y en permanente transformación. Por tanto, el proceso salud-

enfermedad no es un fenómeno estático ni unicausal, sino que depende de las condiciones materiales del momento histórico que se vive, lo cual implica que también se enriquece de la herencia cultural

Así, la conceptualización del proceso salud-enfermedad se desarrolla a partir de las condiciones reales de existencia, los intereses y los factores ideológicos de las clases sociales que están presentes en la forma en que surge y se desarrolla dicho proceso, así como en la concepción que se tiene de él.

Rojas (op cit.) señala que para poder comprender y explicar dicho proceso, es necesario analizar los diversos aspectos con los cuales se encuentra relacionado, y que de manera general, existen dos grandes grupos de factores, los que él llama "del ser social", es decir, los que surgen de la vida material de la sociedad y los "de la conciencia" que son las creencias, conocimientos, concepciones sobre la enfermedad. El autor reconoce que estas últimas pueden influir para que se desencadene el proceso que lleve de la salud a la enfermedad, o para detenerlo a tiempo y evitar secuelas, pero enfatiza que son las condiciones reales de existencia las que determinarán en última instancia el proceso salud-enfermedad de la población y añade que las creencias, los valores, las pautas o normas de interacción, las actitudes, etc. se encuentran condicionados por los aspectos materiales de la sociedad, es decir, que lo subjetivo, surge de la misma realidad objetiva y permanece vinculada a ésta

Es por esta razón, que el mejor enfoque para analizar el proceso salud enfermedad, debe situarse en el medio social, cultural y biológico que rodea tanto al individuo como a la colectividad con el propósito de orientar prácticas preventivas de la enfermedad congruentes con las condiciones materiales de existencia

Por lo tanto, para lograr la elaboración de programas basados en la educación para la salud realmente efectivos, se debe poner especial énfasis en conocer la conceptualización que se tiene de la salud y enfermedad, moldeada como ya se dijo antes por los elementos objetivos, ya que las creencias orientan a los comportamientos favorables o desfavorables en torno a la salud

Dentro de las creencias que orientan a los comportamientos favorables, se encuentran específicamente las creencias de control interno lógico, puesto que en ellas se plasma la percepción activa y racional que tiene el individuo ante su estado de salud. Así también, las creencias de control externo lógico son favorables a la salud porque ubican al individuo dentro de un marco social y le dan a éste un reconocimiento de las condiciones materiales de vida

"De todo lo anterior, se desprende que aún cuando 'la salud y la enfermedad no constituyen simples estados opuestos, sino diferentes grados de adaptación del organismo, al medio en que vive' (citado en San Martín), es necesario tener presente que los factores que influyen para que se dé esa adaptación, están determinados por las condiciones económicas, sociales, culturales, psíquicas y biológicas presentes en el individuo y el grupo social" (Rojas, op cit.).

Pero como estas condiciones económicas, sociales, culturales y biológicas no son iguales para todas las clases sociales, entonces se encuentran grandes diferencias en el nivel de salud de la población, así como en las creencias que se tienen de la salud y la enfermedad

Por lo tanto, "cualquier elaboración conceptual del proceso salud enfermedad lleva explícita o implícitamente el sello de los intereses y la ideología de cada clase o grupo social, los cuales son expresiones concretas de las condiciones materiales de trabajo y de vida" (Rojas, op cit.)

Las concepciones que se tienen sobre la salud enfermedad y sobre los tratamientos para prevenir y curar la enfermedad y procurar la salud son diferentes de una sociedad a otra, así como también es posible que difieran entre los miembros de una misma colectividad.

"Subsisten en los grupos humanos otras concepciones sobre los orígenes y desarrollo de las enfermedades que han orientado la utilización de medidas y procedimientos para prevenir y curar las enfermedades y fomentar la salud. Por ejemplo, las interpretaciones mágico-religiosas, con vigencia en la actualidad dentro de algunas sociedades, sitúan la etiología de muchas enfermedades en un plano que trasciende la esfera física, mental y social del hombre. Los métodos diagnósticos y terapéuticos empleados por los grupos étnicos que conciben de esta manera ciertos estados patológicos, difieren de los utilizados por aquellos grupos que consideran las causas de cualquier enfermedad pertenecientes al campo biológico y al medio en que trabaja y vive el individuo y el grupo social" (Rojas, op cit)

Por lo tanto, para conservar la salud, se debe ir más allá del enfoque médico y visualizar el mejoramiento de aspectos económicos, políticos y sociales, los cuales determinan las circunstancias de vida del ser humano

Para ejemplificar lo anterior, a continuación se presenta la ponencia sobre salud presentada por Pedro Juárez, integrante de la delegación tzotzil al Congreso. Declaración que habla por sí sola. No obstante es fundamental presentarla ya que su mensaje describe la realidad de las poblaciones tercermundistas, específicamente en México y sobre todo expone con claridad la importancia de conocer las creencias y costumbres de la población antes de hacer cualquier tipo de intervención que pretenda beneficiar su estado de salud con el propósito de que ésta sea realmente útil

En octubre de 1974 se llevó a cabo el I Congreso Indígena "Fray Bartolomé de las Casas" en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Asistieron a éste cuatro grupos étnicos de los Altos de Chiapas, entre ellos tzotziles, ch'oles, tojolabales y tz'eltales, quienes discutieron con el gobernador del estado sobre sus derechos básicos para la supervivencia tierra, comercio, educación y salud

Declaración tzotzil sobre salud

(Documento San Cristóbal Las Casas, Chiapas, 1974).

Ponencia tzotzil sobre salud

Nos sentimos en una situación difícil

Por una lado la medicina tradicional de yerbas y por otro la medicina de los doctores
Vamos a presentar nuestro problema examinando estos dos temas.

Medicina del doctor

Los médicos están concentrados en las ciudades y nunca salen al campo. Ignoran la lengua tzotzil, no conocen nuestras costumbres y sienten un gran desprecio por el indígena

En los centros de salud nos tratan mal, no hay comunicación posible con el doctor, y así aunque sea muy buen médico no nos puede curar. Por eso no les tenemos confianza. Asimismo las enfermeras nos tratan como si fuéramos cosas. Por eso la medicina del doctor es como si no existiera

Los programas de salud no son realistas, pues no conocen nuestra costumbre y nunca tienen en cuenta la medicina de las yerbas. Un programa muy bien pensado que no lo lleva a efecto el personal preparado es inútil. Ni los médicos ni las enfermeras se preparan para tratar con nosotros. Si nos enfermamos somos de segunda categoría

Además la medicina es muy cara. Es un negocio. A veces sólo tenemos dinero para pagar la ficha, pero no para la medicina. Se nos vende medicina mala o ya pasada que es ineficaz. Por eso nosotros no confiamos en la medicina de los doctores

Medicina de yerbas

La medicina de yerbas es buena, pero no basta para combatir siempre las epidemias. Sabemos que de las yerbas sacan pastillas, pero nadie estudia nuestras yerbas para que nos diga cuáles son buenas y para qué

De nosotros solamente unos pocos conocen las yerbas, y no dan a conocer sus secretos. Pero la medicina de yerbas es buena y su modo de aplicar, sólo que hay abusos que nadie corrige

Soluciones

Que haya un comité de salud en la misma comunidad, que vigile, eduque y reciba preparación de gente que conozca la medicina indígena y la medicina del doctor

Que médicos y pasantes vayan al campo a trabajar con el deseo de ayudar a sus semejantes
Que se acabe la discriminación

Que se oriente a los indígenas sobre higiene y medicina preventiva para que se acabe el miedo

Que haya preparación de enfermeros indígenas y que no se les inculquen prejuicios contra la medicina indígena

Que se estudie el modo de integrar ambas medicinas con la colaboración de curanderos tradicionales.

Hacer una investigación seria de la medicina indígena y que la conozcan los doctores. Que los doctores nos traten como gentes y que aprendan nuestra lengua

3.3. Antecedentes al estudio de la salud y la enfermedad

El proceso salud-enfermedad ha sido estudiado por científicos sociales dedicados a la Antropología y a la Sociología (Menéndez, 1990) Un ejemplo de ello, es el estudio antropológico que a continuación se describe

De acuerdo con Finkler (citado en Campos, 1992) mediante un análisis comparativo de los modelos coexistentes de curación, se obtiene un extenso panorama sobre los aspectos universales de la prevención de la enfermedad y el cuidado de la salud.

El autor señala que las prácticas curativas tradicionales están incrustadas en la ideología religiosa de un pueblo, en las relaciones sociales y en la cosmología, por lo tanto, el examen de la manera en que la gente trata las enfermedades, refleja el sistema sociocultural del cual ellos forman parte Comenta también que las creencias y prácticas médicas antes de la revolución científica, giraban en torno a los fenómenos sobrenaturales y que con el advenimiento de la ciencia médica, las percepciones de las enfermedades y de su curación, ya no admiten la intervención de premisas sobrenaturales, sino que éstas fueron sustituidas por el método científico experimental No obstante, tanto en los países en vías de desarrollo como en las naciones del primer mundo, las prácticas tradicionales sobre el cuidado de la salud persisten simultáneamente a la medicina científica

Esta doble utilización, tanto de los curanderos como de los médicos, de la medicina tradicional como de la científica, ha dirigido la investigación del autor con el propósito de comprender y describir tanto las creencias como las prácticas de los espiritualistas, el por qué de la atracción que ejercen a numerosos clientes, así como la justificación de la coexistencia de diversos sistemas para el cuidado de la salud que sobreviven al control ejercido por la hegemónica medicina científica y la manera en que esta excluye los logros obtenidos por los médicos no científicos

Con especial énfasis, habla sobre el movimiento espiritualista que considera a la salud como el producto de fuerzas sobrenaturales, que deben ser tratadas con medios supranaturales. Sus creencias consisten en que cuando ellos entran en trance, Dios se introduce en sus cuerpos y ellos se transforman en un canal de comunicación de su mensaje, y a través de la posesión espiritual pueden curar las enfermedades El movimiento espiritualista se originó en los alrededores de la ciudad de México, aproximadamente en 1923, cuenta con varios templos tanto en el área urbana como en la rural que son supervisados por el templo matriz que se encuentra en el lugar que le dio origen

La enseñanza del movimiento espiritualista consiste en la transmisión de su creencia en la Trinidad, el Padre, el Hijo, y el Espíritu Santo, en el padre Elías, fundador del movimiento, quien aparece como encarnado en la persona de un sacerdote mexicano Las enseñanzas morales de este movimiento están incluidas en 22 preceptos, los cuales funcionan para los espiritualistas como guías de sus acciones ante Dios y ante los hombres.

A través de la curación de los enfermos, los espiritualistas logran reunir cada vez más adeptos, quienes asisten porque en ellos se testifica el éxito de los espiritualistas como

curanderos Ellos atribuyen sus poderes curativos a sus espíritus protectores y la entrada al estado de trance debe ser considerada como necesaria para que se lleve a cabo la transformación de papeles. De esta manera, el papel de curandero no es sancionado por la sociedad, ya que aunque no posee un certificado por escrito que lo valide, el paso de un estado de conciencia normal a otro de trance lo legitima dado que sólo en la condición de trance es como se pueden contactar con los espíritus, ya que éstos en un estado de normalidad no actúan.

Cuando salen del estado de trance, los curanderos insisten en que no pueden recordar lo sucedido durante ese tiempo, con lo cual, la separación entre los dos estados es completa. Por eso, el comportamiento en el estado de trance debe ser visto en concordia con las creencias en una realidad invisible que no puede ser alcanzada cuando uno experimenta una transformación que va del estado consciente a uno inconsciente (Finkler, op cit.)

Otra de sus creencias es que los espíritus protectores en otro tiempo fueron doctores o personas con muchos dones que no les alcanzó la vida para cumplir su misión en esta tierra; así también, los médium señalan que todos los espíritus protectores poseen igual *estatus* e igual talento. Sin embargo, entre los pacientes algunos espíritus protectores son más populares que otros, ya que el tipo de curación que el espíritu protector receta varía de acuerdo con la experiencia que haya tenido en su vida. Finkler (op cit.) lo ejemplifica así: “Un espíritu protector azteca tiende a utilizar solamente remedios espiritualistas con hierbas, a diferencia de los espíritus protectores de origen reciente que recetan vitaminas y en otras ocasiones medicinas patentadas, además de los servicios espirituales y de hierbas, siendo los últimos la forma más común de receta”.

En cuanto a los pacientes, la mayoría de ellos únicamente establece relación con el templo durante el momento de la curación, ya que no necesariamente se convierten en participantes de las ceremonias espiritualistas, pues los clientes de estos curanderos, en su mayoría creen en la tradición católica a pesar de que los sacerdotes de ésta condenen a los curanderos espiritualistas. Además, buscan a estos curanderos porque tales pacientes están mistificados homogéneamente por las creencias espiritualistas, por la ideología, las técnicas de curación o quizá también por la explicación espiritualista de la etiología de la enfermedad. Es decir, los espiritualistas mexicanos consideran que la enfermedad tiene por lo menos tres fuentes: a) de las causas naturales; b) de Dios; c) de los espíritus malignos. Mientras que los mexicanos explican la enfermedad a través de la brujería o el mal de ojo, los espiritualistas niegan estas creencias ampliamente difundidas.

Desde del punto de vista analítico, el autor señala que existen varias hipótesis que intentan explicar las razones por las cuales los curanderos tienen un gran número de clientes. Una de las más importantes es que el paciente que acude al curandero especialista es visto holísticamente, como un ser social y biológico. Así, los curanderos espiritualistas se encaminan a identificar qué tipo de paciente tiene determinada enfermedad, mientras que los médicos científicos generales se concentran en averiguar qué clase de enfermedad tiene el paciente, es decir, los médicos científicos no tienen la preparación para trabajar con el paciente como un ser social y cultural.

Se han elaborado otras hipótesis con el propósito de explicar las razones por las cuales los médicos empíricos existen aún en la época contemporánea la medicina tradicional combate las enfermedades hasta sus últimas causas, proceso que no hace la medicina científica, ya que ésta se concentra en tratar los síntomas concretos que presenta el paciente. Además, la primera le brinda al paciente fe, esperanza y autoestima, mientras que la segunda carece de esta función.

Estas son algunas de las razones por las cuales la gente busca a los curanderos que coexisten con los médicos científicos, porque a pesar de que la medicina científica en estos tiempos se constituya como un monopolio prestigiado y oficialmente aprobado para definir y delimitar el campo del cuidado de la salud y el combate de la enfermedad, “tanto los mexicanos como los habitantes de otras naciones en desarrollo no han sido educados de manera científica y por lo tanto, ellos toman una vía pragmática de acceso a la salud. El mexicano de estrato bajo, imposibilitado para distinguir entre los métodos de tratamiento, buscará cualquier persona que lo cure de manera efectiva” (Finkler, op cit), sin embargo, desde hace ya varios años, la psicología se ha interesado en desarrollarse dentro del campo de la salud. Esta es la llamada psicología de la salud, que tiene por objetivo influir en aspectos psicológicos (actitudes, concepciones, comportamientos, valores, hábitos, etc) que faciliten el entendimiento del proceso salud-enfermedad para identificar y dar solución a los problemas de salud que afectan a la población, Siegal (citado en Diez-Martínez, 1992)

En un estudio realizado por Diez-Martínez, et al. (op cit), se investigaron las conceptualizaciones infantiles sobre la enfermedad en niños mexicanos que asistían a una escuela pública en la ciudad de México. Se exploraron cuatro aspectos principales: cómo definen los niños la salud, cuáles creen que son sus causas, sus ideas sobre la curación y su conocimiento sobre las vacunas, las epidemias y las instituciones médicas. Se encontró que para la mayoría de los niños la enfermedad se define mencionando enfermedades específicas, estados y malestares específicos, definiciones relacionadas con las causas y consecuencias, signos externos visibles, conductas o intenciones de otros, “es mala”, “es una cosa que nos da”. Cuando se les preguntó a los niños cuáles eran las causas de la enfermedad, estos respondieron: por descuido, por agentes externos específicos o no específicos, por falta de higiene, por mala alimentación, por contagio. Este estudio tiene implicaciones cognoscitivas observables en la comprensión de la enfermedad como experiencia biosocial que el niño conoce, la cual influye en el desarrollo temprano de la empatía y la comprensión del yo y de los otros. Se observó la importancia que tiene la enfermedad como un fenómeno determinado por la sociedad, que influye de manera determinante en el desarrollo social del niño. Así mismo, existe un interés pedagógico para los educadores, en relación con los contenidos de los programas de biología y de educación para la salud.

CAPÍTULO IV.

TEORÍAS SOBRE EL CONTROL

4.1. Teoría del *locus* de control

La teoría de *locus de control interno-externo del reforzamiento* (LOC) fue creada por Rotter (citado en Ramos y Saltijeral, 1991) y tiene sus antecedentes en la teoría del aprendizaje social, Rotter (op cit.) la cual considera que la conducta en una determinada situación se lleva a cabo de acuerdo con la expectativa y el valor del reforzamiento en esa situación. Así mismo, define a la expectativa como la “probabilidad asignada por el individuo de que un reforzamiento particular ocurrirá en función de una conducta específica en una determinada situación”, Rotter (op cit.) y que las expectativas se generalizan a partir de una situación concreta a otras que se perciben como similares.

El mismo autor percibió unidimensionalmente al *locus* de control, como un continuo en el cual los polos representan la máxima internalidad y la máxima externalidad. El *locus* de control externo es la expectativa generalizada de que el resultado de las situaciones es determinado por fuerzas externas a uno mismo, como lo son personas poderosas, la suerte o el azar. El *locus* de control interno, en el sentido opuesto, es la expectativa generalizada de que los resultados son consecuencia de la propia conducta.

El *locus* de control fue descrito por este mismo autor como una dimensión dicotómica (internalidad-externalidad). Esto resultó de estudios que él llevó a cabo con población estadounidense, pero en México, el *locus* de control muestra un patrón diferente según lo muestran las escalas construidas por Díaz-Loving y Andrade (citados en Rotter, op cit.) para niños y La Rosa (citados en Rotter, op cit.) para adultos, las cuales son multidimensionales. La escala de La Rosa tiene cinco factores específicos: Fatalismo/Suerte, Poderosos del macrocosmos, Afectividad, Internalidad-Instrumental y Poderosos del microcosmos.

De acuerdo con Girardi y Díaz Loving (1988) el *locus* de control es un constructo psicológico que involucra el sentimiento que tiene un individuo de qué es lo que gobierna su propio comportamiento. Así mismo, Seligman, Maier y Geer (op cit.), argumentan que el grado de control sobre los eventos de la propia vida parece ser un determinante importante en los seres humanos.

De esta forma, los sujetos con un control externo, atribuyen su éxito a condiciones del medio ambiente. Los sujetos con un control interno atribuyen su éxito al resultado de su propio esfuerzo y habilidades y por lo tanto, su comportamiento se ve reforzado por su yo (Díaz Guerrero, 1982).

Las personas con un *locus* de control interno están más alertas ante aspectos del medio ambiente que proveen información útil para su conducta futura y realizan más esfuerzos.

para mejorar su situación dentro de este medio. La internalidad está relacionada con mayores índices de adaptación, satisfacción e involucración en las actividades.

Sánchez (1990) encontró que las personas con un control interno tienen más motivación al logro que las externas.

Natera y cols (op cit.) relacionan a la externalidad con aspectos negativos como consumo de alcohol y con una indefensión ante fenómenos como los terremotos, así como la incapacidad para disminuir el daño y perjuicios individuales resultantes, Ingold (op cit.)

Wheaton (op cit.) menciona que el tener un control externo, frecuentemente representa una toma de conciencia de condiciones objetivas.

Se ha estudiado más la *creencia de control interno*, que consiste en que la persona perciba que un refuerzo es contingente a su conducta o a sus características permanentes y la *creencia de control externo*, que se refiere a la no percepción de un reforzamiento como contingente a la propia acción, sino más bien como resultado de la suerte, del azar, del destino, de otras personas poderosas, o como impredecible (Morales y cols, 1994).

En el ámbito de la salud, la teoría de LOC ha tenido aplicaciones importantes como se observa en los trabajos de Strickland (1989), en donde señala que el tener creencias positivas de control se correlaciona con el bienestar físico. Gracias a esta relevancia se ha construido la escala para medir el LOC de salud (Wallston y cols. 1978), que evalúa el grado de responsabilidad que un individuo siente sobre su propia salud, la creencia de que su salud depende de otras personas relevantes o si está determinada por el azar, el destino o la suerte.

Otros trabajos en el campo de la salud, analizan la respuesta psicofisiológica diferencial de las personas según sus expectativas de LOC, así como en los procedimientos de biofeedback, (Stein y Wallston, 1983, Romero, 1985) Sánchez y cols. (1991), investigaron el LOC de salud en pacientes en hemodiálisis y trasplantados, encontrando que si los pacientes tenían creencias altas en azar, su estado de salud era negativo, mientras que si tenían creencias internas positivas, éstas guardaban relación con mejores niveles de salud (Rotter, 1966, 1954, 1982, Strickland, 1989, Wallston y cols 1978; Stein y Wallston, 1983, Romero, 1985; Sánchez y cols, 1991, citados en Morales y cols 1994).

Con relación a lo anterior, este trabajo pretende explorar no sólo la creencia en función de *locus* de control que el sujeto tiene ante situaciones externas o internas que ponen en riesgo su salud o que la protegen, sino que también lo relaciona con la logicidad y prelogicidad de las creencias en las que el sujeto se basa para tener tales creencias.

4.2. Albert Bandura: Autoeficacia percibida

En el contexto de la modificación de conducta, desde el enfoque cognoscitivo, Bandura propuso en 1977 el concepto de 'autoeficacia percibida', en el sentido de que está relacionado con una mejor salud, mayores logros y una mejor integración social. Este

concepto ha sido aplicado en el ámbito escolar, clínico (desórdenes emocionales, salud física y mental), vocacional (elección de carrera) y político (cambio sociopolítico), (Conner y Norman, 1995).

Por su parte, Schwarzer y Fuchs (1995) resaltan la importancia del concepto de 'autoeficacia percibida' en la aplicación al campo de la salud, en la adopción, inicio y mantenimiento de conductas saludables, en donde el cambio conductual es facilitado por un *sentido de control personal*. Es decir, si las personas creen tener los recursos para resolver un problema, aumentan las probabilidades de que lo hagan.

La autoeficacia se refiere a lo que la gente siente, piensa y actúa. En términos de sentimientos, un bajo sentido de autoeficacia está asociada con depresión, ansiedad e impotencia, baja autoestima y pensamientos pesimistas acerca del desarrollo y logros personales. Implícitamente, incluye también algún grado de expectativas de logro porque los individuos creen que pueden producir las respuestas necesarias para logros deseados

Así también, el significado de 'autoeficacia percibida' representa la *creencia* de que la persona puede cambiar las conductas riesgosas por acciones personales de salud, por ejemplo, emplear las habilidades de uno mismo para resistir la tentación. El cambio conductual es visto como dependiente de las propias capacidades percibidas para contener el estrés y el aburrimiento y para movilizar los propios recursos y cursos de acción requeridos para enfrentar las demandas situacionales

Las creencias eficaces afectan la intención para cambiar conductas de riesgo, la cantidad de esfuerzo gastado para alcanzar esta meta y la persistencia para continuar luchando a pesar de las barreras y obstáculos que puedan socavar la motivación. La autoeficacia percibida ha llegado a ser un constructo teórico ampliamente aplicado en modelos de adicción y reincidencia. Esto sugiere que *el éxito sobre las situaciones de alto riesgo depende en parte de las creencias de la gente que operan como agentes activos de sus propias acciones* y que poseen las habilidades necesarias para reinstalar el control antes de que ocurra un fracaso. La teoría de prevención a la reincidencia asume los distintos pasos y la demanda de que la autoeficacia opera a estos niveles.

La adopción de conductas de promoción de salud y la contención de conductas de deterioro de la salud es difícil. A la mayoría de la gente le cuesta trabajo tomar decisiones para cambiar y más tarde mantener los cambios adoptados cuando enfrentan las tentaciones. La probabilidad de que la gente adopte un valor de conducta saludable (como el ejercicio físico) o cambie un hábito en detrimento de la salud (como dejar de fumar), puede depender por consiguiente de tres cogniciones: a) la expectativa de que uno está en riesgo ("estoy en riesgo de contraer cáncer por fumar"); b) la expectativa de que el cambio conductual puede reducir el riesgo ("si yo dejo de fumar, reduciré mi riesgo"); y c) la expectativa de que uno es suficientemente capaz de adoptar una conducta positiva o refrenar un hábito riesgoso ("soy capaz de dejar de fumar permanentemente"). Para iniciar y mantener conductas saludables, no es suficiente percibir una situación-acción contingente. Uno también debe creer que tiene la capacidad de desarrollar el comportamiento adecuado. De acuerdo con esto un amplio cuerpo de investigación ha examinado el papel de las creencias optimistas como un predictor del cambio conductual en el dominio de la salud, cuyas metas ejercen su

efecto a través de las creencias optimistas, las cuales sobrestiman ligeramente las capacidades percibidas en vez de simplemente reflejar las ya existentes.

Ambas, expectativas de logro y creencias de eficacia, juegan roles influyentes en la adopción de conductas saludables, eliminando los hábitos en detrimento de la salud y manteniendo los cambios. Al adoptar una conducta deseable, los individuos primero forman una intención y después ejecutan la acción. Las expectativas de logro son importantes determinantes en la formación de intenciones pero lo son menos en la acción de control. Por otro lado, la autoeficacia parece ser crucial en ambos escenarios de la autorregulación de la conducta saludable, mientras que las expectativas de logro positivas, estimulan la decisión para cambiar el comportamiento de uno. Después de eso, las expectativas de logro pueden ser omitidas porque llega un nuevo problema que norma la actual ejecución de conductas y su mantenimiento. A este nivel, la autoeficacia percibida continúa para operar como una influencia controlable.

Mientras que las expectativas que vienen de fuera se refieren a la percepción de posibles consecuencias de las acciones de uno, la autoeficacia percibida pertenece a la acción personal de control (Bandura, 1992, Maddux, 1991, 1993; Wallston, 1994, citados en Schwarzer y Fuchs, 1995). Una persona que cree ser apta para hacer algo, puede llevar a cabo un curso de vida más activo y autodeterminado. Esta cognición de “poder hacer”, deja ver una condición de control sobre el propio ambiente. Refleja la creencia de ser apto para manejar y mejorar las demandas, a través de medios adaptativos. También puede ser visto como un panorama optimista de la capacidad propia para lidiar con el estrés.

De acuerdo a la teoría social cognoscitiva, la motivación humana y la acción están reguladas por la premeditación. Este mecanismo de control anticipatorio involucra tres tipos de expectativas: a) expectativas de situación-resultado, en las cuales las consecuencias son debidas a eventos ambientales; b) expectativas de acción-resultado, en las cuales los resultados emanan de la acción personal; y c) autoeficacia percibida, la cual concierne a las creencias de la gente en sus capacidades para realizar una acción específica requerida para lograr un resultado deseado.

Las expectativas de situación-resultado representan la creencia de los cambios del mundo sin un compromiso personal. Los riesgos son percibidos, y las personas pueden sentirse más o menos vulnerables hacia eventos críticos que ellos anticipan. Los individuos pueden sentarse y esperar a que las cosas pasen, pero las ilusiones acerca del futuro pueden ayudarlos a sobrellevar las cosas. Cuando por ejemplo, la gente anticipa una enfermedad puede distorsionar su probabilidad de ocurrencia. Esto puede ser visto como un optimismo defensivo. Las defensas pueden ser hechas en términos de comparación social prejuiciosa, por ejemplo, “yo soy menos vulnerable que otros a la enfermedad”.

Lo anterior equivale en este estudio a la categoría de creencias de **control externo**, en el sentido que la persona se siente ajena a cualquier tipo de control sobre los eventos que le suceden en su vida cotidiana. No obstante, Bandura sólo distingue la existencia de situaciones que se perciben como fuera de nuestro control y que son atribuidas a la suerte, al azar, al fatalismo, al destino, a personas o agentes poderosos, a la magia, o bien, como incomprensibles y/o impredecibles dada la complejidad del evento. Al respecto, en el

presente estudio éstas son llamadas **creencias de control externo prelógicas**. Además, el autor no distingue las situaciones en las que sí se percibe control y que se basan en el reconocimiento de las características económicas, sociales, culturales, de los sistemas de los servicios de salud, del grado de participación y educación de los distintos grupos y clases sociales, denominadas como **creencias de control externo lógicas**.

Por otro lado, las expectativas de acción-resultado y las expectativas de autoeficacia incluyen la opción para cambiar el mundo y llevar a cabo acciones preventivas hacia la salud. Estas creencias de acción y fuentes de creencias personales reflejan un optimismo funcional. Empíricamente, la distinción entre éstas es difícil de confirmar porque la segunda no opera sin la primera. Al hacer juicios acerca de los objetivos relacionados a la salud, la gente usualmente une la acción personal con estos medios.

Para los fines del presente estudio, las expectativas de acción-resultado y autoeficacia percibida corresponden a las **creencias de control interno**, en tanto que la persona percibe control para llevar a cabo acciones que le permitan manipular su mundo. No obstante, el autor no establece la diferencia entre las situaciones en las que la persona puede fallar de acuerdo con la naturaleza humana (es decir, que al tomar decisiones no considera la falibilidad del pensamiento, la confianza excesiva en sí mismo, la sobreestimación del poder de control, el fenómeno de la correlación ilusoria y el control que las preconcepciones tienen sobre nuestras interpretaciones y recuerdos) a las que denominamos **creencias de control interno prelógicas**, mientras que las situaciones en las que la persona percibe los refuerzos como dependientes de su estilo de vida, de sus hábitos de higiene, de la relación que tiene con su cuerpo, con la alimentación, con el tiempo libre, etc. son llamadas **creencias de control interno lógicas**.

Por lo tanto, se propone una nueva clasificación de las creencias que pretende ser más detallada a fin de mejorar la comprensión del ser humano y sus comportamientos con el mundo con la intención de elaborar estrategias más eficaces para el cuidado de la salud.

CAPÍTULO V.

METODOLOGÍA

5.1. Objetivos

General:

Conocer y describir las creencias relacionadas al proceso salud-enfermedad que tienen adolescentes escolares mexicanos

Específicos:

- 1 Conocer el significado psicológico de salud y de enfermedad que tiene un grupo de adolescentes mexicanos a través de las redes semánticas.
- 2 A partir de los significados psicológicos obtenidos, construir un instrumento que mida creencias relacionadas a la salud y enfermedad
3. Describir y analizar las creencias relacionadas a la salud y a la enfermedad encontradas.

5.2. Planteamiento del problema

¿Cuáles son las creencias relacionadas al proceso salud-enfermedad que tiene un grupo de adolescentes mexicanos?

5.3. Hipótesis conceptual

Para Becker (citado en Donati, 1994) “considerar los comportamientos ligados a la salud y a la enfermedad como expresión de un sistema de creencias, de una subcultura congruente en su interior, permite trastocar algunos esquemas interpretativos: de una hipótesis en la que a partir de determinados comportamientos se remonta a lo que salud y enfermedad significan para el sujeto, es posible pasar a una hipótesis en la que el significado atribuido a salud y enfermedad da razón y explica las acciones explícitamente llevadas a cabo por una persona para afrontar una patología o preservar su salud ”

5.4. Hipótesis general de trabajo

El locus de control asociado a las creencias –internas y externas– tanto lógicas como prelógicas relacionadas al proceso salud-enfermedad, explican los comportamientos de cuidado de la salud o acciones que llevan a cabo los adolescentes para enfrentar la enfermedad

5.5. Hipótesis específicas

Identificar si existen diferencias en las creencias respecto a las variables sociodemográficas: sexo, edad y nivel socioeconómico

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas en las creencias relacionadas al proceso salud-enfermedad que tienen hombres y mujeres.

H1: Existen diferencias estadísticamente significativas en las creencias relacionadas al proceso salud-enfermedad que tienen hombres y mujeres

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas en las creencias relacionadas al proceso salud-enfermedad de hombres y mujeres de acuerdo a su edad.

H1 Existen diferencias estadísticamente significativas en las creencias relacionadas al proceso salud-enfermedad de hombres y mujeres de acuerdo a su edad

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas en las creencias relacionadas al proceso salud-enfermedad de hombres y mujeres de acuerdo a su nivel socioeconómico.

H1. Existen diferencias estadísticamente significativas en las creencias relacionadas al proceso salud-enfermedad de hombres y mujeres de acuerdo a su nivel socioeconómico

5.6. Variables

5.6.1. Definición conceptual de la variable dependiente

Creencias

Pepitone, A (1990) define a las creencias como “estructuras relativamente estables que representan lo que existe para el individuo más allá de la percepción directa, son conceptos acerca de la naturaleza, las causas de cosas, personas, eventos y procesos cuya existencia es asumida”

Salud

La salud podría definirse como una apropiación suficiente, igual o adecuada de la naturaleza que se manifiesta en el individuo como un proceso, socialmente determinado, que se concreta en la capacidad física y/o psíquica de los individuos para satisfacer sus necesidades básicas, así como desarrollar sus capacidades artísticas, intelectuales, etc., cuando las condiciones de trabajo y de vida lo permitan en una sociedad históricamente determinada (Rojas, 1995)

Enfermedad

Cuando se presenta una apropiación insuficiente, desigual o inadecuada de la naturaleza, se manifiesta en el individuo un proceso que se concreta en la incapacidad física y/o psíquica de los individuos, para satisfacer sus necesidades materiales de existencia, así como desarrollar sus capacidades artísticas, intelectuales, etc. cuando sus condiciones de trabajo y de vida lo permitan en una formación social históricamente determinada.

"Las características concretas de este proceso están dadas por múltiples elementos objetivos y subjetivos que se encuentran íntimamente vinculados y que dependen de la forma en que los individuos y grupos sociales se incorporan al proceso productivo y de su ubicación dentro del conjunto de la sociedad" (Rojas, op cit.)

Sistema de creencias relacionadas al proceso salud-enfermedad

Para efectos de esta investigación, se toma como punto de referencia la definición de Di Nicola (citado en Donati, 1994) del **sistema de creencias relativo al proceso salud-enfermedad**, como el conjunto más o menos relacionado –pero no necesariamente coherente o científicamente fundado, sin ser a su vez necesariamente erróneo– de valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados a la salud y a la enfermedad. **Hablar de un sistema de creencias relacionado al proceso salud enfermedad, significa hacer referencia a lo que los sujetos llevan a cabo consciente o inconscientemente para mantenerse sanos y/o para curar las enfermedades.**

5.6.2. Definición conceptual de variables sociodemográficas

Sexo

Condición natural que distingue al macho de la hembra (Real Academia Española, 1979)

Edad

Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento (Larousse, 1994)

Nivel socioeconómico

"El *estatus* socioeconómico de un individuo refleja su posición en un sistema de estratificación social, educación, ocupación, ingreso, círculo de interacción entre amigos que comparten su patrón de consumo, son características 'objetivas' que influyen en el hombre y moldean su conducta. Estas características 'objetivas' se combinan para producir dos características subjetivas cruciales. La primera es la posición que la comunidad impone al hombre, la evaluación de su situación económica. Lo que conocemos como su 'estatus social' o el prestigio que tiene ante los ojos de los demás. La segunda se refiere a un sentido de autoidentificación, de conciencia de clase del individuo (Kahl, citado en Pick, 1979)

5.6.3. Definición operacional de la variable dependiente

Puntaje obtenido en una escala dicotómica que mide el sistema de creencias relacionadas al proceso salud-enfermedad en adolescentes.

5.6.4. Definición operacional de variables sociodemográficas

Sexo

A las mujeres se les asignó el número 1 y a los hombres el número 2 de acuerdo a la respuesta que dieron cuando se les preguntó por él

Edad

Número de años que el sujeto refirió tener

Se trabajó con los siguientes intervalos de edad:

De 14 a 16 años se les asignó el número 1.

De 17 a 18 años se les asignó el número 2.

De 19 a 32 años se les asignó el número 3

Nivel socioeconómico

Para determinar el nivel socioeconómico de los adolescentes se preguntó si contaban en su casa con servicios como luz eléctrica, techo de cemento, regadera, calentador de gas, T V. a color, secadora de ropa, servidumbre de planta o de tiempo parcial, reproductor de discos compactos, T V por cable, antena parabólica, lavadora de ropa, teléfono, teléfono celular, automóvil, seguro para automóvil y el número de focos. Con objeto de delimitar los puntos de corte para clasificar a los sujetos como pertenecientes a los niveles A y B o C y D o E en tres grupos, se procedió a someter a las respuestas dadas a un procedimiento de calibración con objeto de constituir una escala (Rasch, 1960)

Este procedimiento permitió eliminar dos de los reactivos originales luz eléctrica y antena parabólica, con lo cual se obtuvo una escala compuesta por trece reactivos, obteniéndose una *confiabilidad Kuder-Richardson 20 = 0.75*. La escala obtenida señaló como puntos de corte el carecer de calentador de gas que corresponde al nivel D y E (nivel socioeconómico bajo) y tener T V por cable que corresponde a los niveles A y B (nivel socioeconómico alto). A las demás personas se les consideró como pertenecientes al nivel C (nivel socioeconómico medio) (Reidl, Sierra y Mendieta, 1998)

5.7. Control de variables

Se entrevistó a sujetos estudiantes de nivel medio superior que se encontraban entre los 14 y 32 años de edad.

Las instrucciones fueron las mismas para todos los sujetos en la aplicación de las redes semánticas y en la aplicación del instrumento

5.8. Muestreo

Para la aplicación de las redes semánticas de salud y enfermedad se trabajó con una muestra de 391 sujetos, 180 mujeres y 211 hombres. Se trabajó con estudiantes del Colegio Nacional de Educación Técnica (CONALEP) Tlalpan No. 1, cuyo rango de edad resultó de los 14 a 32 años

Para la aplicación del instrumento de creencias relacionadas a la salud y enfermedad, la población fue de 964 sujetos, 481 mujeres y 483 hombres, estudiantes de nivel medio superior de la Escuela Nacional Preparatoria No 5, No.6 y No. 8, el Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel sur (CCH), el Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica, Tlalpan No. 1 (CONALEP) y la Universidad del Valle de México, plantel Roma (UVM), con edades que fluctuaron entre los 14 y 32 años

5.9. Selección de la muestra

Tanto para las redes semánticas como para la aplicación del instrumento, se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional o por conveniencia, que consiste en seleccionar los casos típicos de la población en que se está interesado

Para la aplicación del instrumento se consideró la proporción de alumnos en las escuelas de nivel medio superior tanto públicas como privadas existente en el Distrito Federal, de acuerdo con los datos proporcionados por la Secretaría de Educación Pública, la cual señala que el 80% de la población estudiantil asiste a escuelas públicas y el 20% a escuelas privadas (SEP, INTERNET, 1998)

5.10. Procedimiento

Para la aplicación de la técnica de las redes semánticas se recurrió a las autoridades del CONALEP participante a fin de que facilitaran el acceso a las instalaciones para trabajar con estudiantes de cualquiera de los niveles del bachillerato. Se les explicó cuál era el propósito del estudio y el tiempo requerido para el mismo

La aplicación de la técnica se llevó a cabo de manera grupal y comprendió dos palabras estímulo "salud" y "enfermedad"

A los sujetos participantes se les entregó una hoja blanca, tamaño esquila, presentada en forma vertical y se les solicitó la realización de dos tareas:

La primera consistió en definir con la mejor claridad y precisión la palabra "salud" mediante el uso de cinco palabras sueltas como mínimo, ya fueran verbos, adverbios, sustantivos, adjetivos, etc sin utilizar artículos ni preposiciones que consideraran estar relacionadas con esta palabra

Se llevó a cabo un ejercicio grupal a modo de ejemplo para asegurar la comprensión de las instrucciones con la palabra "manzana", la cual se anotó en el pizarrón y se les pidió que dijeran palabras que la definieran, mientras se iban anotando. Al no haber dudas o preguntas, se dio un tiempo de tres minutos para realizar la tarea. Al concluir, se les dio una segunda instrucción se solicitó que leyeran en silencio las palabras que habían escrito y que las enumeraran en orden de importancia, al considerar la cercanía o lejanía que tenían en relación con la palabra salud

Se regresó al ejemplo "manzana" y se les pidió que jerarquizaran las palabras que habían dado. De esta forma, marcaron con el número uno la palabra más cercana o relacionada a "manzana", con el número dos la que seguía en orden de importancia y así sucesivamente hasta haber jerarquizado cada una de las palabras escritas

Una vez terminado el ejemplo, a la mitad de los sujetos se les indicó que lo hicieran con la palabra "salud" y a la otra mitad con la palabra "enfermedad", para esta tarea se les dio un tiempo indefinido

Posteriormente, se repitió el mismo procedimiento para el concepto "enfermedad", y a la otra mitad a la inversa.

Para ambas redes semánticas, se requirió que los sujetos anotaran su edad, sexo y grado escolar actual.

A partir del análisis de las redes semánticas obtenidas de los conceptos "salud" y "enfermedad" se construyó el instrumento denominado "*Escala de Creencias relacionadas al proceso salud-enfermedad*", el cual se aplicó en escuelas de nivel medio superior en las que se pidió la colaboración de los profesores para que permitieran la participación de sus alumnos al responder dicho instrumento en forma grupal

5.11. Instrumento

Valdéz (1991) menciona que es posible decir que el significado psicológico dice siempre algo esencial de la cosa o del evento, que no podría ser expresado completamente por otro medio. Por consiguiente, dentro del terreno del significado psicológico se pueden encontrar inmersas las normas morales, las *creencias*, conceptos, mitos, ritos, etc que conforman toda una cultura. Por esto se decidió emplear redes semánticas para encontrar el significado psicológico de los conceptos "salud" y "enfermedad".

La información que proporcionó la aplicación de las redes semánticas "salud" y "enfermedad", se registró en una hoja de captura manual en el programa Excel 95. El formato de captura de redes semánticas se retomó del modelo propuesto por Reyes (1993), el cual consiste en destinar una primera columna para las palabras definidoras y diez columnas más en las cuales se registran tanto las frecuencias como la jerarquización otorgada a cada una de las palabras generadas por los sujetos. Concentrados los datos en este formato, se procedió a la calificación de ellos. De la gama de puntajes obtenidos, se consideraron sólo aquellos que se requieren para la construcción de instrumentos psicológicos. Estos son.

- 1) **Valor TR.** Refleja el tamaño de la red, es decir, es el número total de las diferentes definidoras producidas por los sujetos. Para la red semántica de "salud", el valor TR es de 325 palabras y 451 para la red semántica de "enfermedad"

- 2) **Valor PS:** Es el peso semántico de cada una de las definidoras, el cual se obtiene a través de la suma de la ponderación de la frecuencia por la jerarquización asignada por los sujetos, es decir, 1 por (10), 2 por (9), 3 por (8) y así sucesivamente hasta llegar al 10 por (1).
- 3) **Núcleo de la red (NR):** El objetivo de este conjunto es identificar aquellos elementos que definen al estímulo. Para identificarlos, se requiere graficar los pesos semánticos en forma descendente y hacer el corte cuando la pendiente de la curva adquiera su carácter asintótico con relación al eje de la X, llamado punto de quiebre (scree test) Tanto para la red semántica de salud como para la red semántica de enfermedad, el núcleo de la red quedó conformado por veinte palabras (Anexo 1), las cuales nos indican que la salud es definida en primer lugar como **bienestar**, junto con sus sinónimos: estar bien, sentirse bien, estar físicamente bien, bienestar físico, buenas condiciones, buen físico, armonía física. Subsecuentemente vienen las definiciones: sano, comer, ejercicio, felicidad, vida, higiene, hospital, bueno (a), tranquilidad, drogas, energía, fuerza, cuerpo, equilibrio, belleza, enfermedad, amor, diversión, farmacia. Por otra parte, la palabra enfermedad se define como doctor, dolor, enfermedades, virus, medicina, malo, contagiosa, muerte, grave, daño, cansancio, enfermo, incurable, curable, tristeza, en cama, fea, temor, reposo, drogas
- 4) **Valor DSC** Significa la distancia semántica cuantitativa entre los elementos del núcleo de la red. Se asigna a la definidora con peso semántico más alto el 100% y se producen los siguientes valores a través de una regla de tres a partir de ese valor. Para el estímulo "salud", el peso semántico más alto fue 1018 equivalente al 100% que corresponde a la palabra "bienestar". Para el estímulo "enfermedad", el peso semántico más alto fue 1356 equivalente al 100% que corresponde a la palabra "contagio".
- 5) **Formación de categorías semánticas** Estas se obtienen con base en las relaciones de sinonimia que tienen algunas de las palabras definidoras. Para el concepto "salud" el número de categorías semánticas es de 100 y para el concepto "enfermedad" es de 126.

A partir del marco teórico y de los núcleos de las redes semánticas de ambos conceptos, se elaboraron reactivos para una escala dicotómica con el propósito de averiguar las creencias relacionadas a la salud y a la enfermedad que tienen adolescentes mexicanos.

De acuerdo con Sellitz (1965), con la finalidad de conocer lo que la gente cree que son los "hechos", se solicita a una persona que indique si la afirmación es *cierta o no*. La respuesta del interrogado no es utilizada para establecer qué es lo objetivamente cierto, sino para proporcionar un cuadro de conjunto sobre sus creencias, por lo que los reactivos fueron contruidos con dos opciones de respuesta: Si/No.

Se clasificaron a las creencias en dos categorías diferentes, de acuerdo al *locus de control de la creencia* (interno y externo) y de acuerdo a la *lógicidad de la creencia* (lógico y prelógico)

A continuación se definen cada una de las categorías antes mencionadas

CREENCIAS EN FUNCIÓN DE LOCUS DE CONTROL:

Creencia de Control Interno

Consiste en que la persona perciba que un refuerzo es contingente a su conducta o a sus características permanentes, es decir, el grado en que perciben sus refuerzos como dependientes de su conducta (Morales, et al. 1994)

Creencia de Control Externo

Se refiere a la no percepción de un reforzamiento como contingente a la propia acción, sino más bien como resultado de la suerte, del azar, del destino, de otras personas poderosas, o como impredecible, es decir, los refuerzos se perciben como resultado de las influencias del medio externo (Morales op cit)

CREENCIAS EN FUNCIÓN DE LOGICIDAD:

Creencia Lógica

Es la inferencia o deducción de conclusiones a partir de premisas que son consecuencia de un pensamiento que se vale de la inteligencia, del raciocinio, de la motivación y del reconocimiento de recursos, sobre los cuales se fundamenta una atribución causal, es decir, son explicaciones socialmente elaboradas a partir de premisas que son consecuencia de un pensamiento racional fundamentadas en atribuciones causales, objetivas y concretas. Se relacionan con el saber y el conocimiento. Se encuentran circunscritas a las esferas biológica, mental y social del hombre.

Creencia Prelógica

Es la inferencia o deducción de conclusiones, a partir de premisas que son consecuencia de un pensamiento mágico, azaroso fundamentado en una atribución casual, es decir, son explicaciones socialmente elaboradas a partir de premisas que son consecuencia de un pensamiento mágico o irracional. fatalismo, azar, destino, suerte, etc, fundamentadas en atribuciones casuales, subjetivas y abstractas. Trascienden las esferas biológica, mental y social del hombre.

Un amplio análisis de las creencias, lleva a considerar que éstas no solamente se presentan en función de locus de control, sino que además se encuentran estrechamente relacionadas con la lógicidad y la prelógicidad. Por lo tanto, la clasificación que a continuación se propone para dar cuenta de una mejor comprensión de las creencias relacionadas al proceso salud-enfermedad de los adolescentes, es como sigue.

Creencia de Control Interno Lógica

“Cuando la persona percibe que el refuerzo es contingente a su conducta o a sus características permanentes; es decir, el grado en que perciben los refuerzos como

dependientes del propio estilo de vida, de los hábitos de higiene, de la relación que se tiene con el cuerpo, con la alimentación, con el tiempo libre, etc” (Di Nicola, 1994). De forma general hacen referencia a la responsabilidad que tiene la persona en el mantenimiento de su salud y en la prevención de la enfermedad.

Creencia de Control Interno Prelógica

“Cuando la persona percibe que el refuerzo es contingente a su conducta o a sus características permanentes” sin tomar en cuenta la falibilidad del pensamiento, la sobreestimación de los propios juicios o confianza excesiva en sí mismo, la sobreestimación del poder de control, el fenómeno de la correlación ilusoria y el control que las preconcepciones tienen sobre nuestras interpretaciones y recuerdos (Myers, 1995)

Creencia De Control Externo Lógica

Cuando las personas perciben los refuerzos como resultado de las influencias del medio externo; es decir, se reconocen en función de las características económicas, sociales, culturales de los sistemas de los servicios de salud, del grado de participación y educación de los distintos grupos y clases sociales.

Creencia De Control Externo Prelógica

Cuando las personas perciben los refuerzos como resultado de la suerte, el azar, el fatalismo, el destino, personas o agentes poderosos, de la magia, o bien, como incomprensibles y/o impredecibles dada la complejidad del evento

Con base en esta clasificación se construyeron reactivos en los cuales se utilizaron las palabras definidoras de los núcleos semánticos derivados de ambas redes semánticas, además se tomaron en cuenta los siguientes criterios afirmaciones que no fueran dobles pensamientos, redactadas en lenguaje sencillo y en primera persona; se omitieron palabras tales como nunca, siempre, generalmente, frecuentemente, a veces, etc

De esta manera, el instrumento quedó constituido por 180 reactivos más un apartado de datos sociodemográficos sexo, edad, escolaridad, si contaban con determinados servicios como luz, calentador de gas, auto, etc. a propósito de realizar comparaciones entre éstos (Anexo 2)

5.11.1. Aplicación y Calificación

La aplicación del instrumento se hizo de forma colectiva. La calificación de los reactivos se llevó a cabo desde dos puntos de vista en función de locus de control y en función de la logicidad

En cuanto a locus de control, la respuesta afirmativa a la creencia interna puntuó con "1", mientras que la creencia externa puntuó con "0". En función de la logicidad, la respuesta afirmativa a la creencia lógica puntuó con "1" y la creencia prelógica puntuó con "0"

Tabla No 1 Calificación del instrumento en función de locus y logicidad

LOCUS			LOGICIDAD		
	SI	NO		SI	NO
CCIL	1	0	CCIL	1	0
CCIP	1	0	CCIP	0	1
CCEL	0	1	CCEL	1	0
CCEP	0	1	CCEP	0	1

CCIL= Creencia de Control Interno Lógica CCEL= Creencia de Control Externo Lógica
 CCIP= Creencia de Control Interno Prelógica CCEP= Creencia de Control Externo Prelógica

5.11.2. Validez y Confiabilidad

Para probar la validez del instrumento, se utilizó la validez de constructo factorial (Kerlinger, 1975) dado que la variable que se está midiendo en esta investigación (creencias relacionadas a la salud-enfermedad), no tiene un criterio externo

En cuanto a la confiabilidad, se obtuvo con el Coeficiente Alpha de Cronbach para cada factor extraído a fin de probar que el instrumento fuera consistente

Las respuestas dadas a los reactivos, fueron sometidas a dos análisis factoriales (uno para la dimensión de locus y otro para la de logicidad) con el objetivo de obtener la validez de constructo del instrumento, es decir, que los reactivos midan lo que se supone deben medir y para tener una solución factorial cuyas dimensiones fueran internamente consistentes y que al mismo tiempo permitieran reproducir de la mejor manera a la matriz de intercorrelaciones original de los reactivos constitutivos

5.11.3. Normas

Las normas para el instrumento se elaboraron con base en la teoría de Cattell para la calificación de los factores, lo cual, consiste en ubicar en la distribución muestral las calificaciones obtenidas por los sujetos a fin de compararlas con puntajes obtenidos por sujetos con características semejantes

Tabla No 2 Normas para la calificación del instrumento por Cuartilas

CUARTILAS							
	Mínimo			X			Máximo
FACTOR:	0%		25%	50%	75%		100%
1) FAC1PREG Activo Interno	0		1	3	4		5
2) FAC2PREG Confianza Excesiva Interna	0		0	1	2		6
3) FAC3PREG Estructura Social Externa	0		5	7	9		11
4) FAC4PREG Indefensión Externa	0		1	3	4		4
5) FAC5PREG Disponibilidad de Recursos Externos	0		1	2	4		9
6) FAC6PREG Cognoscitivo Interno	0		4	6	8		9
7) FAC1REAC Influencia Social Lógica	0		2	4	6		11
8) FAC2REAC Afectivo Positivo Lógico I	0		4	6	7		9
9) FAC3REAC Moral Prelógica	0		3	4	5		5
10) FAC4REAC Organización Social Lógica	0		3	4	4		5
11) FAC5REAC Religiosidad Prelógica	0		2	3	4		5
12) FAC6REAC Afectivo Positivo Lógico II	0		1	2	3		4
13) FAC7REAC Activo Lógico	0		2	3	4		5
14) FAC8REAC Fatalismo Prelógico	0		1	3	4		5

Tabla No. 3 Normas para la calificación del instrumento por Stens

STENS																
FACTOR:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						
1) FAC1PREG Activo Interno	0			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	5	15
2) FAC2PREG Confianza Excesiva Interna	0					0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	14
3) FAC3PREG Estructura Social Externa	0	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	27
4) FAC4PREG Indefensión Externa	0				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	13
5) FAC5PREG Disponibilidad de Recursos Externos	0			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	2
6) FAC6PREG Cognoscitivo Interno	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	25
7) FAC1REAC Influencia Social Lógica	0		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	27
8) FAC2REAC Afectivo Positivo Lógico I	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	22
9) FAC3REAC Moral Prelógica	0		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
10) FAC4REAC Organización Social Lógica	0		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
11) FAC5REAC Religiosidad Prelógica	0			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	15
12) FAC6REAC Afectivo Positivo Lógico II	0				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	13
13) FAC7REAC Activo Logico	0			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	14
14) FAC8REAC Fatalismo Prelógico	0			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	15

5.12. Diseño de investigación

Debido a que se trata de un estudio exploratorio y descriptivo, se utilizó un diseño ex-post-facto, en el cual no se tiene control directo de las variables independientes (en este caso, las creencias, pues éstas son influenciadas directamente por la cultura, la socialización, la historia personal, etc) porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque originalmente no son manipulables. Además, la medición se hizo en un contexto en el cual no hubo manipulación experimental.

5.13. Análisis de resultados

Se realizó un análisis de frecuencias con los datos sociodemográficos de los sujetos, los resultados se muestran a continuación.

La edad que se registró con mayor frecuencia fue la de 17 años, la cual representa el 28%, el 27% de 16 años, el 18% de 18 años (Figura No 1) El 49.9% fueron mujeres y el 50.1% fueron hombres

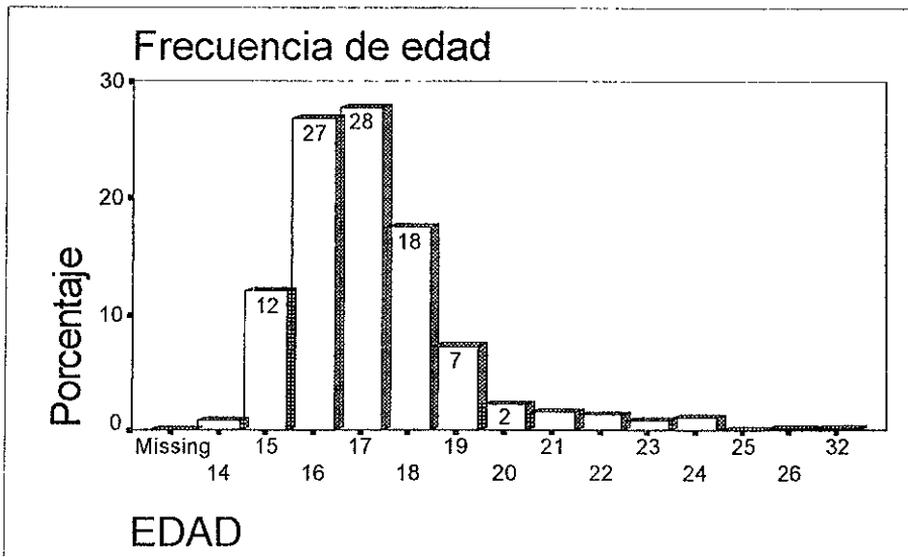


Figura No 1 Frecuencia de edad

En cuanto a la escolaridad, el 34.6% corresponden al primer grado de preparatoria, - equivalente al segundo semestre de Conalep, CCH y UVM-; el 27.6% al segundo grado - cuarto semestre - y el 37.8% al tercer grado - sexto semestre -, (Figura No 2).

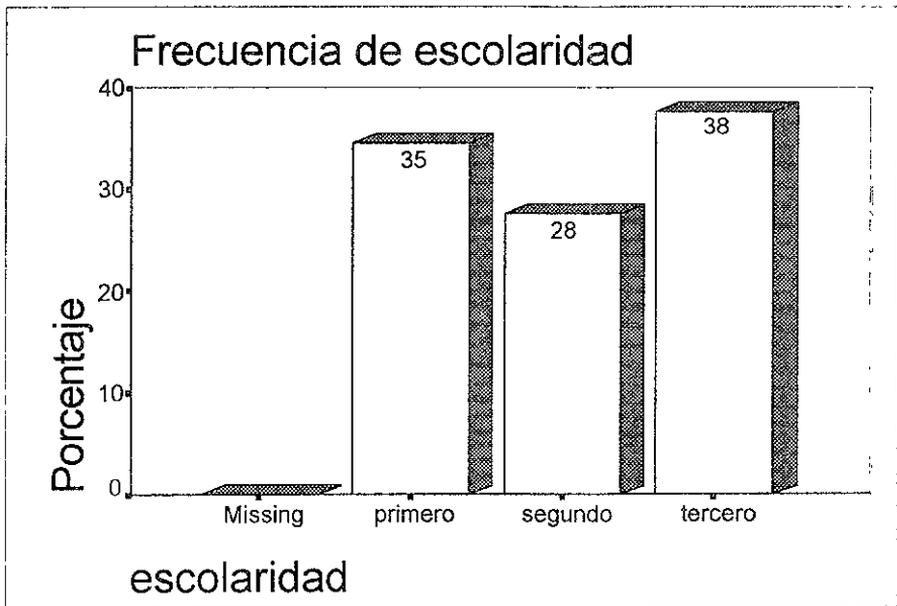


Figura No 2 Frecuencia de escolaridad.

Con respecto al tipo de escuela, el 86.3% asistía a escuelas públicas, mientras que el 16.4% a escuelas privadas

Con referencia a los bienes materiales que reportaron tener los sujetos, el 96.7% contaba con techo de cemento en casa; el 94.1% tenía regadera, el 93.2% utilizaba calentador de gas. Con respecto a la televisión a color, el 98.2% sí tenía, el 42.7% contaba con secadora de ropa, el 20.1% tenía servidumbre de tiempo parcial, el 82.4% tenía reproductor de discos compactos, el 33.2% tenía televisión por cable, el 4.7% tenía antena parabólica y el 90% tenían lavadora de ropa, el 85.1% tenía teléfono, el 19.2% tenía teléfono celular, el 61.2% tenía auto, el 37% contaba con seguro para auto y por último, el 8.4% reportó tener 10 focos incluyendo lámparas, el resto reportó como se ve a continuación (Figura No. 3)

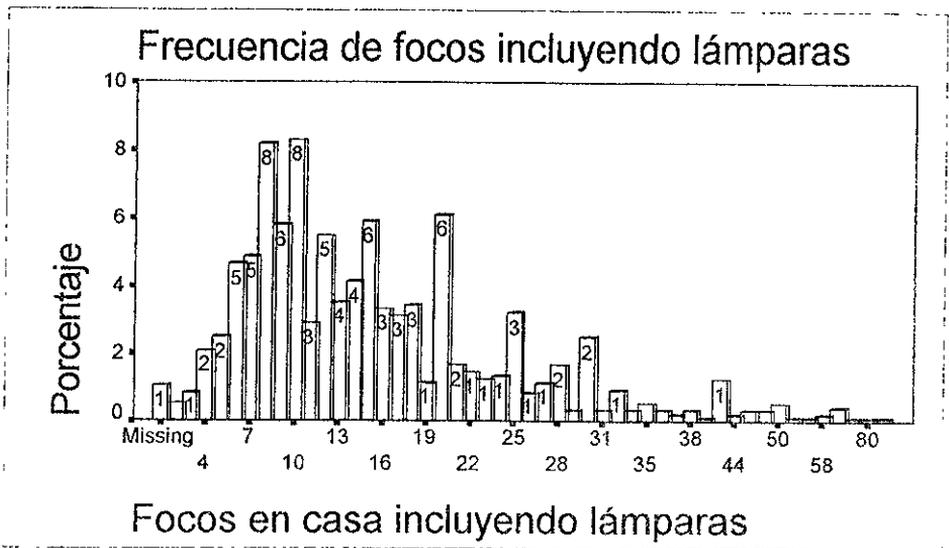


Figura No 3 Frecuencia de focos en casa incluyendo lámparas

Una vez que se calificaron los reactivos en función de locus de control (a los cuales se les llamó "preguntas") y de logicidad ("reactivos"), (Tabla No 1), se procedió al análisis de resultados como sigue:

Se llevó a cabo un análisis de frecuencias con el objeto de eliminar reactivos y preguntas no válidos en función del número de personas que contestaban correcta o incorrectamente, bajo el siguiente criterio: si más del 85% de las personas contestaban afirmativamente, se eliminaba el reactivo o la pregunta, si menos del 15% contestaban afirmativamente también se eliminaba, lo cual quiere decir que los reactivos y/o preguntas fueron contestados de igual forma, se descartaron debido a que no discriminan entre los sujetos, por lo que no se les consideró para entrar en el análisis (Adkins, 1965)

El siguiente paso, consistió en realizar dos análisis factoriales según el criterio descrito por Adkins (op cit). El análisis factorial se hizo bajo un enfoque exploratorio con el fin de observar la agrupación de variables (reactivos y preguntas de la escala) en diferentes factores (Nunnally, 1995)

El primer análisis factorial se realizó para analizar las preguntas de locus de control, fue de tipo Semejanza Máxima (Maximum Likelihood - ML) con rotación varimax. Los factores obtenidos fueron seis y explican el 18.1% de la varianza.

La extracción inicial de factores señaló la existencia de 39 factores con valores eigen mayores a la unidad. Para las preguntas en función de locus de control se requirió el procedimiento de 50 iteraciones. La extracción final, posterior a la rotación, requirió de 30 iteraciones para converger, y las dimensiones o factores finales, con valores eigen mayores

a la unidad fueron diez, de los cuales se descartaron cuatro y quedaron seis, que fueron conceptualmente claros y confiables (Tabla No 4)

Dentro del procedimiento del análisis factorial se calculó la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin de Medida de Adecuación de la Muestra que señala si la muestra de reactivos es adecuada o no. Este valor fue de 0.86, lo cual indica que fue adecuada.

La prueba de esfericidad de Bartlett = 25977.008 señala que el espacio factorial es esférico, que es lo que se espera.

Cada uno de los factores encontrados fue sometido a un análisis de confiabilidad del tipo de consistencia interna, por medio del cálculo del Coeficiente Alpha de Cronbach. Mientras los valores obtenidos se acercan más a la unidad (1.00) se considera que el conjunto de reactivos agrupados en el factor es más consistente. Sin embargo, los valores ligeramente inferiores a 0.70 también son aceptables si su magnitud no se debe al azar (Rivera, Reidl y Ortega, 1994).

Para las preguntas en función de locus de control, en orden decreciente el **Factor 6 Cognoscitivo Interno** fue el más consistente, (Alpha = 0.76), seguido por el **Factor 3 Estructura Social Externa** (Alpha = 0.73), el **Factor 5 Disponibilidad de Recursos Externos** (Alpha = .66), **Factor 1 Activo Interno** y el **Factor 4 Indefensión Externa** (ambos con Alpha = 0.62) y finalmente el **Factor 2 Confianza Excesiva Interna** (Alpha = 0.60), como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla No 4 Análisis Factorial de Semejanza Máxima para el instrumento en función del locus de control

Núm.	Preguntas	Carga factorial	Alpha	Valor Eigen	Varianza Explicada
Factor 1: Activo Interno					
			0.62	8.608	6.8
39	Mis emociones influyen sobre mi estado de salud	0.53489			
28	Puede ser que mi bienestar físico dependa de lo que pienso	0.50295			
29	Puede ser que mi bienestar mental dependa de lo que siento	0.4505			
19	Es más probable que me enferme cuando estoy triste	0.42099			
94	Creo que mis pensamientos pueden provocar que me enferme	0.26532			
Factor 2: Confianza Excesiva Interna					
			0.60	4.3749	3.5
148	Sólo se necesita fuerza mental para aliviarse	0.62114			
101	Basta con mi energía para conservarme sano	0.50206			
153	Sólo la tranquilidad puede mantenerme saludable	0.3298			
100	Me contagio sólo si lo permito	0.29868			
92	Creo que las enfermedades se deben a lo que siento	0.27739			
138	Si alguien parece estar sano, es que lo está	0.25075			
Factor 3: Estructura Social Externa					
			0.73	3.70975	2.9
85	Los problemas de la nación pueden afectar mi salud.	0.65221			
54	El gobierno puede favorecer el desarrollo de enfermedades	0.51012			
162	Mi salud se ve afectada por las decisiones que tome el gobierno	0.50519			
57	Los partidos políticos pueden mejorar las condiciones de salud de la gente	0.40298			
87	Las noticias del mundo pueden intervenir en mi estado de salud.	0.39429			
10	La crisis económica puede afectar mi estado de salud.	0.3891			
109	La falta de empleo tiene relación con mi nivel de salud	0.38186			
17	Mi salud se ve afectada por la sobrepoblación	0.37517			
95	La explotación de los trabajadores se relaciona con su salud.	0.28381			
154	La forma en que me lleve con mi familia puede determinar mi salud	0.25506			
93	El nivel educativo puede mejorar la calidad de la salud	0.25802			
Factor 4: Indefensión Externa					
			0.62	2.67327	2.1
88	Si Dios quiere, me alivio	0.61746			
3	Se necesita la protección de Dios para estar sano	0.60825			
77	La salud es una bendición	0.4924			
120	Los santos interceden por mí para tener salud	0.45273			
Factor 5: Disponibilidad de Recursos Externos					
			0.66	1.96349	1.6
171	La existencia de instituciones de salud protege mi nivel de salud	0.49016			
156	Los servicios de salud deberían respaldar la salud de la gente	0.47962			
163	El tipo de vivienda en el que habito influye en mi estado de salud	0.40739			
160	El bienestar colectivo depende de la participación de la gente	0.40156			
149	Vivir en una ciudad tan grande tiene consecuencias en mi salud	0.37447			
121	La calidad de los servicios de los hospitales puede curar enfermedades	0.28408			
152	El riesgo de enfermarse es mayor cuando no se hace nada.	0.25296			
98	El desarrollo de la ciencia contribuye al fomento de la salud	0.29202			
174	Mi salud se puede beneficiar con los avances de la tecnología médica	0.34276			
Factor 6: Cognoscitivo Interno					
			0.76	1.4661	1.2
50	La salud es resultado de estar bien consigo mismo	0.66587			
37	La salud es resultado de estar contento consigo mismo.	0.6614			
126	Lo importante es estar bien consigo mismo para tener salud.	0.38769			
46	Si mi sentimiento contribuyó a mi bienestar físico	0.33763			
62	Pensar en cosas agradables puede ayudar a mantenerme sano	0.31297			
127	La salud depende de la mentalidad que se tenga	0.27563			
51	Puedo influir en las cosas que me suceden a diario para evitar malestares	0.25346			
80	Gracias a mi fuerza de voluntad me mantengo sano	0.27989			
134	Ser optimista es ser saludable	0.27033			

El segundo análisis factorial, se realizó para los reactivos de logicidad, que fue de tipo Factorización de Ejes Principales (PAF) con rotación varimax, del cual se obtuvieron 8 factores que explican el 22% de la varianza

La extracción inicial de factores señaló la existencia de 37 factores con valores eigen mayores a la unidad. Para los reactivos en función de logicidad se requirió el procedimiento de 14 iteraciones. La extracción final, posterior a la rotación, requirió de 47 iteraciones para converger, y las dimensiones o factores finales, con valores eigen mayores a la unidad fueron nueve, de los cuales se descartó uno y quedaron ocho por ser conceptualmente claros y confiables (Tabla No. 5)

Con la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin se obtuvo un valor de 0.86, lo cual indica que fue adecuada.

Así mismo se calcularon los valores eigen y el Coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach. Para los reactivos en función de logicidad, el **Factor 2 Afectivo Positivo Lógico I** obtuvo el coeficiente de confiabilidad más alto (Alpha = 0.76), después el **Factor 1 Influencia Social Lógica** (Alpha = 0.73), el **Factor 6 Afectivo Positivo Lógico II** (Alpha = 0.67), el **Factor 5 Religiosidad Prelógica** (Alpha = 0.66) y los **Factores 3 Moral Prelógico, 4 Organización Social Lógica, 7 Activo Lógico y 8 Fatalismo Prelógico**, obtuvieron (Alpha = 0.60), como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla No 5 Análisis Factorial de Ejcs Principales para el instrumento en función de su logicidad

Núm.	Reactivos	Carga factorial	Alpha	Valor Eigen	Varianza explicada
	Factor 1: Influencia Social Lógica		0.73	11 01114	9.3
85	Los problemas de la nación pueden afectar mi salud.	0 61917			
54	El gobierno puede favorecer el desarrollo de enfermedades	0 50342			
162	Mi salud se ve afectada por las decisiones que tome el gobierno	0 48369			
57	Los partidos políticos pueden mejorar las condiciones de salud de la	0 42607			
109	La falta de empleo tiene relación con mi nivel de salud	0 38986			
87	Las noticias del mundo pueden intervenir en mi estado de salud.	0 35837			
17	Mi salud se ve afectada por la sobrepoblación	0 34378			
10	La crisis económica puede afectar mi estado de salud.	0 33736			
95	La explotación de los trabajadores se relaciona con su salud	0 31798			
93	El nivel educativo puede mejorar la calidad de la salud	0 27207			
167	La participación de los maestros cuenta para mejorar mi nivel de salud	0 25315			
	Factor 2: Afectivo Positivo Lógico I		0.76	4.50068	3.8
50	La salud es resultado de estar bien consigo mismo	0 67304			
37	La salud es resultado de estar contento consigo mismo	0 64561			
126	Lo importante es estar bien consigo mismo para tener salud	0 42889			
46	Si me siento feliz contribuyo a mi bienestar físico.	0 35661			
62	Pensar en cosas agradables puede ayudar a mantenerme sano	0 3459			
134	Ser optimista es ser saludable	0 32984			
127	La salud depende de la mentalidad que se tenga	0 2996			
72	El amor contribuye a tener salud	0 26184			
41	Es preferible pensar en cosas agradables para no enfermarse	0 27777			
	Factor 3: Moral Prelógico		0.60	3 03993	2.6
125	La enfermedad es de irresponsables	0 5302			
159	Si me enfermo es culpa mía.	0 48977			
131	Cada quien tiene la salud que se merece	0 41833			
100	Me contagio sólo si lo permito	0 38235			
101	Basta con mi energía para conservarme sano.	0 2761			
	Factor 4: Organización Social Lógica		0.60	1 9141	1.6
156	Los servicios de salud deberían respaldar la salud de la gente	0 56327			
171	La existencia de instituciones de salud protege mi nivel de salud	0 4558			
160	El bienestar colectivo depende de la participación de la gente	0 40726			
174	Mi salud se puede beneficiar con los avances de la tecnología medica	0 37355			
149	Vivir en una ciudad tan grande tiene consecuencias en mi salud.				
	Factor 5: Religiosidad Prelógica		0.66	1 83363	1.5
3	Se necesita la protección de Dios para estar sano.	0 60633			
88	Si Dios quiere, me alivio	0 60363			
77	La salud es una bendición	0 5246			
120	Los santos interceden por mí para tener salud.	0 4376			
96	Rezo para no enfermarme.	0 37831			
	Factor 6: Afectivo Positivo Lógico II		0.67	1 41325	1.2
62	Pensar en cosas agradables puede ayudar a mantenerme sano.	0 30289			
81	Expresar el cariño que siento me proporciona salud	0 60622			
79	Mi bondad contribuye a que tenga salud	0 50539			
72	El amor contribuye a tener salud	0 37671			
	Factor 7: Activo Lógico		0.60	1.18364	1
46	Si me siento feliz contribuyo a mi bienestar físico	0 26811			
28	Puede ser que mi bienestar físico dependa de lo que pienso	0 49381			
29	Puede ser que mi bienestar mental dependa de lo que siento	0 478			
39	Mis emociones influyen sobre mi estado de salud	0 44317			

25	Los maestros pueden influir en mi estado de salud	0.26909			
Factor 8: Fatalismo Prelógico			0.60	1 1568	1
60	Fumar poco no hace daño	0 59909			
103	Las medicinas no tienen efecto en mí.	0 54071			
16	El que aguanta bebiendo mucho no se vuelve alcohólico	0 46968			
110	Prevenir las enfermedades no está en mis manos	0 45952			
155	Compartir objetos personales con personas conocidas no hace daño	0.3456			

Una vez obtenidos los factores, se definieron del siguiente modo

Activo Interno.- Creencias de control interno en donde el individuo asume que los eventos que afecten o beneficien su salud están en función de sus características personales y de sus comportamientos, pone en juego sus capacidades emocionales y de pensamiento

Confianza Excesiva Interna - Creencias de control interno en las que el sujeto deposita en sí mismo de manera sobrevalorada el dominio de sus comportamientos en relación con el cuidado de su salud o prevención de la enfermedad

Estructura Social Externa.- Creencias de control externo en las que se tiene conciencia de la influencia que ejerce el medio para mantener un nivel de salud de acuerdo con el contexto social y las condiciones materiales de vida ya sean favorables o desfavorables.

Indefensión Externa - Creencias de control externo que hacen referencia a la idea de necesitar de una fuerza externa, mágica o religiosa para preservar la salud y/o evitar la enfermedad.

Disponibilidad de recursos externos - Creencias de control externo acerca del efecto de las condiciones socioambientales y los recursos materiales sobre el nivel de salud de la población

Cognoscitivo Interno - Creencias de control interno en las que el bienestar subjetivo tiene una relación importante con el estado de salud.

Influencia Social Lógica - Creencias lógicas basadas en un pensamiento racional en las que se reconoce que el estado de salud es producto del contexto social del individuo y su grupo. En ellas están contenidas y depositadas situaciones que limitan o favorecen el estado de salud

Afectivo Positivo Lógico I - Creencias lógicas de tipo afectivo en las que se recurre de manera racional a un pensamiento optimista para favorecer el estado de salud

Moral Prelógico - Creencias irracionales de tipo moral, en las que se emiten juicios de valor con relación al estado de salud-enfermedad de las personas y de sí mismo

Organización Social Lógica - Creencias lógicas en las que se atribuye y se reconoce el efecto que tiene la participación comunitaria en el estado de salud de la gente

Religiosidad Prelógica - Creencias prelógicas de corte religioso en las que la persona adopta una postura de fe ante un ser supremo que vigile o proteja su estado de salud

Afectivo Positivo Lógico II - Creencias lógicas de tipo afectivo en las que los pensamientos positivos como el amor, el cariño y la bondad contribuyen a tener un mejor estado de salud

Activo Lógico - Creencias lógicas que se caracterizan por reconocer la influencia que tienen los pensamientos y las emociones agradables en el estado de salud

Fatalismo Prelógico - Creencias prelógicas encaminadas a sentimientos de resignación y de indefensión ante eventos frente a los cuales se cree que ya no hay otra posibilidad de cambio

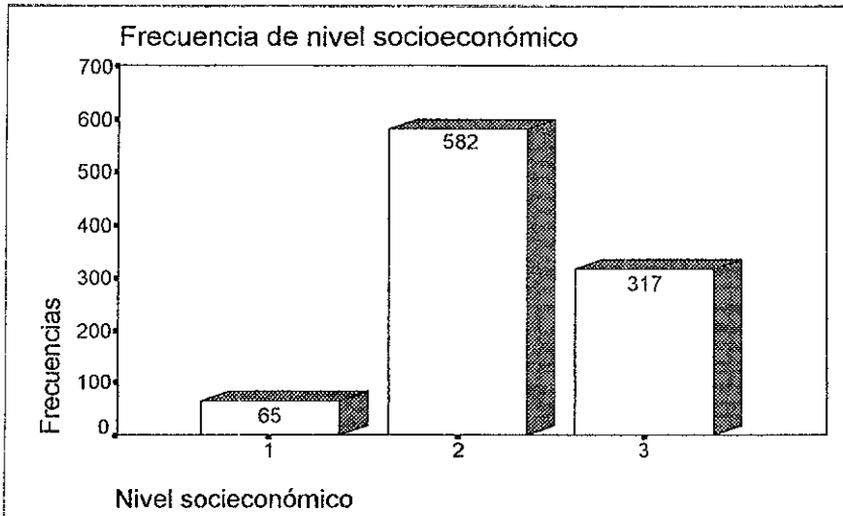
Por otro lado, se compararon las variables edad, sexo y nivel socioeconómico para investigar si estas variables producían diferencias respecto a las creencias mostradas por los sujetos. Para tal efecto, se recodificaron las variables con el objeto de asignar a los sujetos en rangos de acuerdo a su edad y nivel socioeconómico, de la siguiente manera
Edad : 1) 14 -16 años 2) 17 -18 años 3) 19 - 99 años

La escala de nivel socioeconómico desarrollada por Reidl, Sierra y Mendieta (1998) señalaba como puntos de corte para clasificar a los sujetos de acuerdo a los niveles de BIMSA (1998), a los siguientes.

- 1) Clase baja. (Nivel D y E) Sujetos que refirieron no tener calentador de gas.
- 2) Clase media (Nivel C) Todos los demás
- 3) Clase alta (Nivel A y B) Sujetos que indicaron tener televisión por cable

En esta tabla se puede apreciar que la muestra fue predominantemente de clase media

Figura No 4 Frecuencia de nivel socioeconómico recodificado



Para conocer las diferencias por edad 1= 14-16, 2= 17-18 y 3= 19 y más en las creencias de los adolescentes, se realizó un análisis de varianza y una prueba a posteriori de Scheffé y se encontró lo siguiente:

En el factor Indefensión Externa, se observaron diferencias entre los grupos de edad 1 y 2, lo cual quiere decir que los jóvenes de 17 a 18 años muestran con mayor frecuencia creencias relacionadas a la idea de necesitar una fuerza externa, mágica o religiosa para mantener o preservar su salud que los jóvenes de menor edad (14 - 16 años).

Mientras que en el **factor Religiosidad Prelógica**, se encontraron diferencias entre los grupos 1 y 2, es decir, que los jóvenes de 17 a 18 años son más propensos a creer en la necesidad de adoptar una postura de fe ante un ser supremo para conservar la salud en comparación con los de 15 y 16 años. En tanto que en los demás factores no hubo diferencias en cuanto a edad como lo muestra la siguiente tabla

Tabla No 6 Análisis de varianza de una entrada para los factores asociados a las creencias de salud y enfermedad desde el punto de vista de locus de control y de logicidad por edad

FACTOR	F	PROBABILIDAD	X1	X2	X3	DIFERENCIAS
1. Activo interno	2.31	0.100	2.71	2.60	2.90	
2. Confianza excesiva interna	0.4	0.67	1.28	1.23	1.34	
3 Estructura social externa	1.49	0.23	7.08	6.88	6.64	
4 Indefensión externa	3.66	0.03	2.28	2.51	2.45	1/2
5 Disponibilidad de recursos externos	0.45	0.64	2.64	2.57	2.46	
6 Cognoscitivo interno	2.03	0.13	5.68	5.42	5.85	
7 Influencia social lógica	1.94	0.14	4.07	4.32	4.55	
8. Afectivo positivo lógico I	1.80	0.17	5.51	5.26	5.53	
9 Moral ilógico	0.43	0.65	3.74	3.75	3.63	
10. Organización social lógica	1.43	0.24	3.66	3.73	3.88	
11. Religiosidad Prelógica	3.11	0.05	3.06	3.31	3.22	1/2
12 Afectivo positivo lógico II	3.06	0.05	1.83	1.71	2.02	
13. Activo lógico	0.67	0.51	3.06	3.00	3.15	
14 Fatalismo prelógico	0.42	0.66	2.71	2.63	2.60	

Con respecto a las diferencias en el nivel socioeconómico (1= clase baja, 2=clase media y 3=Clase alta) entre los adolescentes, se encontró que el grupo perteneciente a la clase baja es más **Activo Lógico** por creer en la influencia de los propios pensamientos y emociones agradables para mantener un buen estado de salud en comparación con el grupo que pertenece a la clase alta. Mientras que en este último grupo predominan las **creencias fatalistas prelógicas**, es decir, creencias irracionales encaminadas a sentimientos de resignación e indefensión ante eventos frente a los cuales se cree que ya no hay otra posibilidad de cambio

En cuanto a los demás factores, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas como se muestra en la siguiente tabla

Tabla No 7 Análisis de varianza de una entrada para los factores asociados a las creencias de salud y enfermedad desde el punto de vista de locus de control y de logicidad por nivel socioeconómico

FACTOR	F	PROBABILIDAD	X1	X2	X3	DIFERENCIAS
1 Activo interno	0.74	0.48	2.88	2.69	2.63	
2 Confianza excesiva interna	2.28	0.10	1.62	1.26	1.21	
3 Estructura social externa	0.24	0.78	6.74	6.91	6.98	
4 Indefensión externa	1.33	0.27	2.32	2.37	2.50	
5 Disponibilidad de recursos externos	0.83	0.44	2.77	2.52	2.67	
6 Cognoscitivo interno	0.33	0.72	5.83	5.58	5.56	
7 Influencia social lógica	0.18	0.84	4.45	4.24	4.24	
8 Afectivo positivo lógico I	0.69	0.50	5.55	5.44	5.29	
9. Moral ilógico	1.76	0.17	3.46	3.77	3.69	
10.Organización social lógica	1.44	0.24	3.57	3.78	3.65	
11.Religiosidad	0.36	0.69	3.20	3.17	3.26	
12.Afectivo positivo lógico II	0.47	0.63	1.85	1.83	1.74	
13.Activo lógico	3.24	0.04	3.45	3.05	2.96	1/3
14 Fatalismo prelógico	3.92	0.02	2.22	2.64	2.78	3/1

Para observar diferencias en las creencias entre hombres y mujeres se aplicó una prueba t a los factores y se encontró lo siguiente (Tabla No 8)

En el **factor Activo-Interno** las mujeres obtuvieron un puntaje significativamente mayor que los hombres, es decir, ellas se caracterizan por tener más creencias de control interno, son más introspectivas, ponen en juego sus capacidades emocionales y de pensamiento para mantener la salud y/o evitar la enfermedad en comparación con los hombres

En el **factor Confianza Excesiva Interna** los hombres mostraron tener más creencias de control interno de tipo confianza excesiva que las mujeres, lo cual significa que confían de manera irracional en sus propios recursos para mantener la salud y/o evitar la enfermedad

En el **factor Indefensión Externa** los hombres mostraron tener más creencias de control externo que hacen referencia a la idea de necesitar una fuerza externa, mágica o religiosa para mantener o preservar su salud en comparación con las mujeres

En el **factor Afectivo Positivo Lógico I** las mujeres mostraron tener más creencias de tipo afectivo que los hombres, es decir, ellas recurren de manera racional a un pensamiento optimista que favorece su estado de salud.

En el **factor Moral Prelógico** las mujeres se caracterizaron por tener más creencias irracionales de tipo moral, lo cual significa que tienden a emitir juicios de valor con relación al estado de salud y enfermedad de las personas y de sí mismos.

En el **factor Religiosidad** los hombres se caracterizaron por tener más creencias prelógicas de corte religioso en el que se hace necesario adoptar una postura de fe ante un ser supremo para conservar la salud.

En el factor Activo-Lógico las mujeres reportaron tener con mayor frecuencia creencias racionales que se caracterizan por reconocer la influencia que tienen los pensamientos y las emociones agradables en el estado de salud

Tabla No 8 Comparación de los factores asociados a las creencias de salud y enfermedad por sexo

FACTOR	t	gl	significancia	XM	XH
1. Activo interno	3.21	958	.001	2.84	2.53
2. Confianza excesiva interna	-4.34	929	.000	1.07	1.46
3. Estructura social externa	0.18	962	.859	6.94	6.91
4. Indefensión externa	-2.98	962	.003	2.29	2.53
5. Disponibilidad de recursos externos	-0.93	962	.355	2.52	2.64
6. Cognoscitivo interno	0.67	952	.503	5.64	5.53
7. Influencia social lógica	-0.15	962	.880	4.24	4.26
8. Afectivo positivo lógico I	2.29	954	.022	5.56	5.24
9. Moral prelógico	6.23	936	.000	3.99	3.47
10. Organización social lógica	0.43	962	.670	3.74	3.70
11. Religiosidad	2.82	962	.005	3.07	3.33
12. Afectivo positivo lógico II	-0.42	955	.676	1.79	1.82
13. Activo lógico	3.78	938	.000	3.22	2.88
14. Fatalismo prelógico	1.76	962	.079	2.74	2.57

XM = Media de mujeres XH = Media de hombres

En el presente estudio, se propone una clasificación de las creencias con el propósito de profundizar en la comprensión que éstas tienen en el comportamiento humano

Se observó que es importante relacionar el *locus de control* en función de la internalidad o externalidad con la que el individuo asume la propia responsabilidad ante algún evento que ponga en riesgo su salud

Así mismo, se tomó en cuenta la influencia de los procesos de pensamiento en el ámbito de *lógicidad y prelógicidad*, y se relacionó con el lugar desde donde el individuo controla su respuesta: interno o externo. De esta forma, se podrá discriminar con mayor exactitud cuando una conducta desviante (comportamientos de riesgo) o de protección (comportamientos de cuidado) se atribuyen al propio sujeto o a factores externos del ambiente social, (Pepitone y Triandis, 1989).

Por tanto, con el propósito de observar las semejanzas y diferencias entre los factores derivados de la escala basada en esta clasificación, se llevó a cabo una comparación entre ellos como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla No. 9 Comparación entre factores.

REAC	PREG	REAC	PREG	REAC	REAC	PREG	PREG	REAC	REAC	PREG	REAC	PREG	REAC
F1	F3	F2	F6	F6	F3	F2	F1	F7	F4	F5	F5	F4	F8
85	83	80	80	81	100	100	25	26	156	155			60
54	54	37	37	81	101	101	29	29	171	171	89	88	103
167	162	126	126	79	125	148	39	39	169	160	77	77	16
57	57	46	46	72	131	153	19	25	179	179	129	126	110
109	109	67	67		159	92	94	46	185	149	96		155
57	87	134	134			138				163			
11	17	127	111							121			
10	10	72	51							152			
95	95	41	80							98			
63	93												
167	154												

El coeficiente de correlación indica el grado en que los puntajes en una de las variables mantienen una relación lineal sistemática con los puntajes en la otra (Magnusson, 1990)

Para observar si existían semejanzas entre los factores reportados, se procedió a calcular correlaciones de Spearman. Se obtuvieron los siguientes resultados (Tabla No. 10).

Tabla No 10 Coeficientes de correlación Spearman

	FAC1PREG	FAC2PREG	FAC3PREG	FAC4PREG	FAC5PREG	FAC6PREG
FAC1REAC	-0.9378	-0.4181	0.321	0.3948	0.1355	-0.1351
	N (964)	N (964)	N (964)	N (964)	N (964)	N (964)
	Sig .000	Sig .000	Sig .000	Sig .000	Sig .000	Sig .000
FAC2REAC	-0.3018	-0.32	0.8386	0.4415	0.2855	-0.1938
	N (964)	N (964)	N (964)	N (964)	N (964)	N (964)
	Sig .000	Sig .000	Sig .000	Sig .000	Sig .000	Sig .000
FAC3REAC	0.0765	-0.0058	-0.2857	-0.1248	-0.6184	0.1108
	N (964)	N (964)	N (964)	N (964)	N (964)	N (964)
	Sig .017	Sig .856	Sig .000	Sig .000	Sig .000	Sig .001
FAC4REAC	-0.341	-0.7764	0.2927	0.2095	-0.0142	-0.0538
	N (964)	N (964)	N (964)	N (964)	N (964)	N (964)
	Sig .000	Sig .000	Sig .000	Sig .000	Sig .660	Sig .095
FAC5REAC	0.1707	0.0647	-0.1997	-0.1754	-0.1926	0.951
	N (964)	N (964)	N (964)	N (964)	N (964)	N (964)
	Sig .000	Sig .045	Sig .000	Sig .000	Sig .000	Sig .000
FAC6REAC	-0.385	-0.2639	0.6616	0.4349	0.3122	-0.2421
	N (964)	N (964)	N (964)	N (964)	N (964)	N (964)
	Sig .000	Sig .000	Sig .000	Sig .000	Sig .000	Sig .000
FAC7REAC	-0.4143	-0.3458	0.4916	0.7982	0.1362	-0.1463
	N (964)	N (964)	N (964)	N (964)	N (964)	N (964)
	Sig .000	Sig .000	Sig .000	Sig .000	Sig .000	Sig .000
FAC8REAC	-0.0442	-0.0869	-0.0389	0.0811	-0.1383	0.0717
	N (964)	N (964)	N (964)	N (964)	N (964)	N (964)
	Sig .171	Sig .007	Sig .228	Sig .012	Sig .000	Sig .026

Entre las correlaciones más altas, es decir, mayores a 0.70 se encontraron las siguientes

El factor 1 de reactivos **Influencia Social Lógica** correlaciona de forma negativa (-0.9378) con el factor 1 de preguntas **Activo Interno**, lo cual significa que aquellos sujetos con creencias basadas en un pensamiento racional en el que se reconoce al estado de salud como producto del contexto social, no asumen eventos que puedan afectar o favorecer su salud en función de sus características y comportamientos personales. O a la inversa, aquellos sujetos que adjudican su estado de salud a sus comportamientos y capacidades emocionales, no reconocen que el contexto social sea un determinante en su nivel de salud

El factor 4 de reactivos **Organización Social Lógica** correlaciona de forma negativa (-0.7764) con el factor 2 de preguntas **Confianza Excesiva Interna**, es decir, los adolescentes que creen en la influencia que tiene la intervención de la sociedad en su estado de salud y en el de la gente no sobrevaloran el control de sus comportamientos en relación con el cuidado de su salud o prevención de la enfermedad. O bien, aquellos sujetos que creen de manera exagerada en el dominio de sus comportamientos en torno a la salud, no reconocen que mantenerla también está en función de la participación de la gente.

El factor 2 de reactivos **Afectivo Positivo Lógico I** correlaciona de forma positiva (0.8386) con el factor 3 de preguntas **Estructura Social Externa**, lo cual señala que mientras los adolescentes que se caracterizan por creer que un pensamiento optimista puede favorecer su estado de salud también creen que el contexto social y las condiciones materiales de vida influyen en el mantenimiento de ésta.

El factor 7 de reactivos **Activo Lógico** correlaciona de forma positiva (0.7982) con el factor 4 de preguntas **Indefensión Externa**, de manera que los adolescentes que creen en la influencia que tienen los pensamientos y emociones agradables en su estado de salud tienden a creer también que necesitan de una fuerza externa, mágica o religiosa para preservar su salud y/o evitar la enfermedad.

El factor 5 de reactivos **Religiosidad Prelógica** correlaciona de forma positiva (0.951) con el factor 6 de preguntas **Cognoscitivo Interno**, esto significa que los sujetos que creen en un ser supremo que se encarga de su estado de salud, también se inclinan a creer que este es resultado de sentirse bien consigo mismo.

Entre las correlaciones medias, se consideraron las de 0.40 a 0.69 como a continuación se describe.

El factor 1 de reactivos **Influencia Social Lógica**, correlaciona de forma negativa (-0.4181) con el factor 2 de preguntas **Confianza Excesiva Interna**, es decir, que los adolescentes que reconocen de manera racional que su estado de salud es producto del contexto social no sobrevaloran el control que ejercen en el cuidado de su salud o prevención de la enfermedad. Y por el contrario, los sujetos que confían demasiado en sí mismos, no creen que el aspecto social influya en su salud.

El factor 2 de reactivos **Afectivo Positivo Lógico I**, correlaciona positivamente (0.4415) con el factor 4 de preguntas **Indefensión Externa**, lo cual significa que los sujetos que creen que un pensamiento optimista favorece su estado de salud, también creen que necesitan de una fuerza externa mágica o religiosa para preservar la salud y/o evitar la enfermedad.

El factor 3 de reactivos **Moral Prelógico**, correlaciona negativamente (-0.6184) con el factor 5 de preguntas **Disponibilidad de Recursos Externos**. De esta manera, los adolescentes que atribuyen aspectos morales al estado de salud y/o enfermedad de las personas y de sí mismos no consideran que la salud también se ve afectada por las condiciones socioambientales y los recursos materiales. A su vez, aquellos sujetos que

creen en la importancia que tiene el contexto social en el mantenimiento de la salud tienden a no emitir juicios de valor respecto a ella.

El factor 6 de reactivos **Afectivo Positivo Lógico II** correlaciona de forma positiva (0.6616) con el factor 3 de preguntas **Estructura Social Externa**, es decir, que mientras los sujetos creen más en que los pensamientos positivos como el amor, el cariño y la bondad contribuyen a tener un mejor estado de salud, también creen que el medio ejerce una influencia para mantener un nivel de salud de acuerdo con el contexto social y las condiciones materiales de vida favorables o desfavorables

El factor 7 de reactivos **Activo Lógico** correlaciona positivamente (0.4916) con el factor 3 de preguntas **Estructura Social Externa**, lo cual significa que los sujetos que reconocen la influencia que de los pensamientos y las emociones agradables en el estado de salud, de igual forma creen que el medio y las condiciones materiales de vida favorables o desfavorables influyen para mantener un nivel de salud.

El factor 6 de reactivos **Afectivo Positivo Lógico II**, correlaciona positivamente (0.4349) con el factor 4 de las preguntas **Indefensión Externa**, esto es, los adolescentes que creen que los pensamientos positivos como el amor, el cariño y la bondad contribuyen a tener un mejor estado de salud creen también en la necesidad de una fuerza externa, mágica o religiosa para preservar la salud y/o evitar la enfermedad.

Las correlaciones bajas fueron consideradas a partir de 0.20 a 0.39 como sigue:

El factor 2 de reactivos **Afectivo Positivo Lógico I** correlaciona de forma negativa (-0.3018) con el Factor 1 de preguntas **Activo Interno**, esto significa que los adolescentes que creen que un pensamiento optimista favorece su estado de salud, no creen en que ésta es consecuencia de sus características personales y de sus comportamientos

El factor 4 de reactivos **Organización Social Lógica** correlaciona negativamente (-0.341) con el factor 1 de preguntas **Activo Interno**, es decir, que mientras los adolescentes creen en la importancia que tiene la participación comunitaria en el estado de salud de la gente, no perciben control sobre los eventos que puedan afectar o favorecer su salud. O bien, los adolescentes que asumen su responsabilidad sobre la prevención de la enfermedad, no creen que la influencia de la sociedad se relacione con la calidad de su salud.

El factor 2 de reactivos **Afectivo Positivo Lógico I** se correlaciona de forma negativa (-0.32) con el factor 2 de preguntas **Confianza Excesiva Interna**, lo cual indica que los jóvenes que creen que un pensamiento optimista beneficia el nivel de salud no sobrevaloran el control de sus acciones en el cuidado de su salud o prevención de la enfermedad. O a la inversa, aquellos jóvenes que creen de manera exagerada en el control que ejercen sobre sus comportamientos, no reconocen que pensar de manera positiva influye en su estado de salud.

El factor 1 de reactivos **Influencia Social Lógica** correlaciona positivamente (0.321) con el factor 3 de preguntas **Estructura Social Externa**, lo cual explica que los sujetos que creen

que el estado de salud es producto del contexto social también creen que las condiciones materiales de vida determinan el nivel de salud de la gente y de sí mismos.

El factor 3 de reactivos **Moral Prelógico** correlaciona de forma negativa (-0.2857) con el factor 3 de preguntas **Estructura Social Externa**, esto es, los sujetos que se explican la salud y la enfermedad de sí mismos y de las demás personas a través de juicios de valor, niegan la influencia del medio y de las condiciones materiales de vida en el mantenimiento de la salud. O bien, aquellas personas que reconocen el peso que tiene sobre el nivel de salud el contexto que rodea al individuo, no definen al proceso salud-enfermedad en términos morales.

El factor 4 de reactivos **Organización Social Lógica** correlaciona positivamente (0.2927) con el factor 3 de preguntas **Estructura Social Externa**, lo cual significa que los adolescentes que afirman que el estado de salud de la gente es producto de la organización de la misma, de igual forma aseveran que tanto el contexto social como las condiciones materiales de vida son determinantes en el nivel de salud.

El factor 1 de reactivos **Influencia Social Lógica** correlaciona de forma positiva (0.3948) con el factor 4 de preguntas **Indefensión Externa**, lo cual señala que quienes reconocen que el estado de salud es producto del contexto social, también creen que requieren de una fuerza externa, mágica o religiosa para preservar la salud y/o evitar la enfermedad.

El factor 4 de reactivos **Organización Social Lógica** correlaciona positivamente (0.2095) con el factor 4 de preguntas **Indefensión Externa**, esto explica que los adolescentes que atribuyen a la participación comunitaria el estado de salud de la gente también afirman la idea de necesitar de una fuerza externa, mágica o religiosa para preservar la salud y/o evitar la enfermedad.

El factor 2 de reactivos **Afectivo Positivo Lógico I** correlaciona de forma positiva (0.2855) con el factor 5 de preguntas **Disponibilidad de Recursos Externos**, es decir, quienes aseguran que pensar positivamente favorece el estado de salud, de igual forma creen en la influencia que tienen las condiciones socioambientales y los recursos materiales sobre el nivel de salud de la población.

El factor 6 de reactivos **Afectivo Positivo Lógico II** correlaciona negativamente (-0.385) con el factor 1 de preguntas **Activo Interno**, lo cual explica que los adolescentes que afirman que pensamientos positivos como el amor, el cariño y la bondad contribuyen a tener un mejor estado de salud, niegan poder controlar eventos que afecten o beneficien su salud. O bien, aquellos jóvenes que perciben control sobre sus acciones con respecto al cuidado de la salud, no creen que este tipo de pensamientos pueda intervenir en el mantenimiento de la misma.

El factor 6 de reactivos **Afectivo Positivo Lógico II** correlaciona de forma negativa (-0.2639) con el factor 2 de preguntas **Confianza Excesiva Interna**, esto significa que los sujetos que consideran que pensamientos positivos como el amor, el cariño y la bondad contribuyen a tener un mejor estado de salud, no sobrevaloran el dominio que puedan tener sobre sus comportamientos de cuidado de la salud o prevención de la enfermedad. O a la

inversa, quienes creen de manera irracional en el control que pueden ejercer sobre sus acciones, niegan que este tipo de pensamientos se relacione con su nivel de salud

El factor 7 de reactivos **Activo Lógico** correlaciona de forma negativa (-0.3458) con el factor 2 de preguntas **Confianza Excesiva Interna**, lo cual indica que quienes atribuyen al estado de salud la influencia de pensamientos y emociones agradables, no sobrevaloran su confianza en sí mismos para llevar a cabo comportamientos de riesgo o de cuidado de la salud. O bien, aquellos sujetos que afirman tener un control absoluto sobre sus acciones, no reconocen que en su nivel de salud puedan intervenir sus capacidades emocionales y de pensamiento

El factor 6 de reactivos **Afectivo Positivo Lógico II** correlaciona positivamente (0.3122) con el factor 5 de preguntas **Disponibilidad de Recursos Externos**, esto explica que los sujetos que creen que pensamientos positivos como el amor, el cariño y la bondad contribuyen a tener un mejor estado de salud también afirman que las condiciones socioambientales y los recursos materiales pueden afectar el nivel de salud de sí mismos y de la demás gente

El factor 6 de reactivos **Afectivo Positivo Lógico II** correlaciona de forma negativa (-0.2421) con el factor 6 de preguntas **Cognoscitivo Interno**, lo cual significa que quienes creen en el efecto que tienen pensamientos positivos como el amor, el cariño y la bondad sobre el estado de salud, niegan que el bienestar subjetivo se relacione con la salud del individuo. O bien, aquellos sujetos que afirman que el bienestar subjetivo impacta el nivel de salud, no creen que sus afectos puedan intervenir en el mismo

5.20. Forma de calificación para el instrumento final

De acuerdo al locus de control y a la logicidad los reactivos se calificarán de la siguiente manera

LOCUS			LOGICIDAD		
	SI	NO		SI	NO
CCIL	1	0	CCIL	1	0
CCIP	1	0	CCIP	0	1
CCEL	0	1	CCEL	1	0
CCEP	0	1	CCEP	0	1

CCIL = Creencia de Control Interno Lógica CCEL = Creencia de Control Externo Lógica
CCIP = Creencia de Control Interno Prelógica CCEP = Creencia de Control Externo Prelógica

En función de *locus*, se asignará un punto a cada reactivo cuando el sujeto responda *SI* a las CCIL y a las CCIP así como también cuando responda *NO* a las CCEL y a las CCEP

En función de *lógicidad*, se asignará un punto a cada reactivo cuando el sujeto responda *SI* a las CCIL y a las CCEL así como también cuando responda *NO* a las CCIP y a las CCEP

A continuación se muestran los números de los reactivos agrupados por factores y por el tipo de creencias de acuerdo al instrumento final (Tabla No. 11)

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Tabla No. 11 Número de reactivos agrupados por factores y por tipo de creencias.

	CCIL	CCIP	CCEL	CCEP
1) FAC1PREG Activo Interno	1, 14, 25, 33, 40			
2) FAC2PREG Confianza Excesiva Interna		2, 15, 26, 34, 41, 46.		
3) FAC3PREG Estructura Social Externa			3, 16, 27, 35, 42, 47, 50, 53, 55, 57, 59.	
4) FAC4PREG Indefensión Externa				4, 17, 28, 36,
5) FAC5PREG Disp.de RecursosExt.			5, 18, 29, 37, 43, 48, 51, 56, 58	
6) FAC6PREG Cognoscitivo Interno	6, 19, 30, 38, 44, 49, 52, 54.			
7) FAC1REAC Influencia Social Lóg.			3, 7, 16, 27, 35, 42, 47, 50, 53, 55, 59	
8) FAC2REAC Afectivo Positivo Lóg. I	6, 8, 12, 19, 20, 30, 38, 44, 54			
9) FAC3REAC Moral Prelógica		9, 15, 21, 31, 34.		
10) FAC4REAC Org. Social Lógica			5, 18, 37, 43, 58	
11) FAC5REAC Religiosidad Prelógica				4, 10, 17, 28, 36.
12) FAC6REAC Afectivo Positivo Lóg. II	8, 11, 22, 38			
13) FAC7REAC Activo Lógico	1, 12, 14, 23, 25			
14) FAC8REAC Fatalismo Prelógico				13, 24, 32, 39, 45

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

El análisis de la red semántica de "salud" reveló en general que los adolescentes atribuyen un significado positivo a este concepto al utilizar palabras como bienestar, sano, felicidad, bueno, tranquilidad, energía, amor, diversión, belleza, fuerza, ya que éstas relacionan el bienestar subjetivo con la idea de estar sano

Por otro lado, palabras tales como comer, ejercicio, vida, higiene y cuerpo, reflejan la también difundida idea de que la salud sólo se manifiesta en la esfera biológica, es decir, se pone más atención a la salud física como tal y se relaciona por tanto con necesidades básicas como el alimento, el descanso y el bienestar corporal. Por lo tanto, es posible asociarlo con otro tipo de palabras que dieron los sujetos tales como hospital, drogas, enfermedad y farmacia, esto es, si a la salud se le mira principalmente desde el ámbito biológico, se relaciona por consecuencia con la enfermedad que es de la que es más fácil hablar, tanto por los síntomas en los que se manifiesta como por el hecho de que para enfrentarla se "tienen" que hacer cosas que salen fuera de la cotidianidad (ir al doctor, internarse, seguir un tratamiento, etc.).

De este modo, los adolescentes definieron a la enfermedad con 451 palabras mientras que a la salud con 325. Esto significa que asignaron en mayor cantidad calificativos a la enfermedad, en los que resalta una connotación negativa debido a que palabras como dolor, medicina, virus, contagiosa, muerte, daño, cansancio, grave, tristeza, en cama, fea, malo, temor, incurable, reflejan situaciones, sensaciones y emociones que desequilibran el estado general del hombre, es decir, ante la enfermedad se tiene que hacer algo para enfrentarla, no así para prevenirla, pues se asiste al doctor sólo cuando se está enfermo, por consiguiente, es más fácil definir a la enfermedad que a la salud puesto que no hay una cultura de la salud como tal que promueva su cuidado.

Estos resultados concuerdan con los encontrados por Diez-Martínez, et al (1992), en donde una muestra de niños de la ciudad de México definieron a la enfermedad con enfermedades, estados y malestares específicos, definiciones relacionadas con las causas y consecuencias, signos externos visibles, conductas o intenciones de otros y con la acepción moral de que "es mala", "es una cosa que nos da". Atribuyeron como causas de la enfermedad al descuido, agentes externos específicos o no específicos, falta de higiene, mala alimentación y contagio

Así mismo, para "salud" se identificaron aspectos emocionales tales como bienestar, felicidad, tranquilidad, mientras que para "enfermedad" se expresaron las palabras tristeza y temor, las cuales hacen referencia a las emociones que se despertaron en los sujetos.

Otro aspecto interesante que se observó en ambas redes es la presencia de la palabra "drogas", lo cual se relaciona con la influencia que la cultura de occidente -que tiende al consumo sin miras a los daños que puede provocar en la salud- ha ejercido sobre la población. Las drogas tienen una doble función en el individuo: mantener su salud (en el caso de las drogas de uso médico) o ponerla en riesgo. Como lo han demostrado algunas investigaciones sobre alcoholismo y consumo de drogas, éstas se han convertido en dos de

las más graves problemáticas para la salud pública en América Latina y el resto del mundo (Menéndez E.L , 1979)

Una posible explicación de que en el significado psicológico de salud y enfermedad, los adolescentes incluyan la palabra "drogas" es quizá la asociación que se establece entre el sufrimiento y algún tipo de pastilla para aliviarlo (por ejemplo la aspirina) de donde surge la idea de necesitar una solución artificial en vez de permitir el contacto vital con la raíz del sufrimiento (Castro, 1995) Al respecto, Elizondo (1995) define el consumo de una sustancia adictiva como un rito que empieza desde la infancia, en la cual el niño, por aprendizaje social, observa a los modelos parentales y aprehende sus creencias.

Por otro lado, el análisis que se hizo de las creencias asociadas al proceso salud-enfermedad desde el punto de vista de *locus* y de *logicidad*, permitió concluir que tanto la *internalidad* como la *externalidad* en la que el adolescente percibe control sobre sus actos así como la *logicidad* y *prelogicidad* con la que se los explica, se relacionan con sus emociones, expectativas, opiniones, valores, intereses, actitudes, etc que son moldeados por la cultura en la que está inmerso. Esto significa que son producto del aprendizaje socialmente construido y que dada su naturaleza, cumplen funciones específicas: el hombre tiene la necesidad de creer en algo para sentir control sobre su vida y sentirse perteneciente a un grupo, esto le permite entender hechos que de otra forma no podría explicarse, lo cual tiene una misión adaptativa de supervivencia que es reflejada en comportamientos basados en dichas creencias

Por tanto, con el objeto de ahondar en la comprensión que las creencias tienen en el comportamiento humano, específicamente en el ámbito de la salud, se considera al *locus* como una dimensión a través de la cual se puede conocer la posición de un individuo respecto al control percibido que subyace a sus comportamientos de riesgo o protección de la salud

Así, al *control interno* se le ha relacionado con mejores índices de adaptación, satisfacción y mayor motivación al logro puesto que el individuo tiene una postura activa ante lo que le sucede, mientras que al *control externo* se le vincula con aspectos negativos como el consumo de alcohol, mayor indefensión e incapacidad para enfrentar problemas, etc (Ingold, citado en Ramos y Saltijeral, 1991) ya que en vez de ser protagonista de sus actos, percibe lo que le pasa como resultado de las influencias del medio externo No obstante, en el presente trabajo se plantea la idea de que además de considerar el *locus*, es fundamental tomar en cuenta que esta dimensión independiente de los procesos de pensamiento nos ofrece una visión fragmentada de las creencias, puesto que ellas también están en función de la *logicidad* y la *prelogicidad* del pensamiento

Por lo anterior, las *Creencias de Control Interno* no solamente están relacionadas con aspectos positivos o de cuidado de la salud, puesto que se tienen que diferenciar entre las *Creencias de Control Interno Lógicas (CCIL)* y las *Creencias de Control Interno Prelógicas (CCIP)*. Así, las *CCIL* explican comportamientos en los que el sujeto se siente responsable de sus actos, que están basados en relaciones de causa-efecto A éstas se les puede atribuir una mejor adaptación, ya que están sustentadas en eventos ante los cuales el adolescente mide consecuencias y por ende, sus comportamientos de poner en riesgo a la

salud pueden ser menores, mientras que las **CCIP** explican comportamientos en los que el sujeto también percibe dominio sobre sus comportamientos pero basados en un pensamiento irracional, es decir, ignora una característica del pensamiento: la falibilidad, la cual, lo encamina a situaciones ante las cuales su omnipotencia lo lleva a deteriorar su nivel de salud

De igual forma, el análisis de las *Creencias de Control Externo* permite consolidar la idea de que éstas no necesariamente tienen que ser desfavorables o que ponen en riesgo a la salud del individuo, ya que las *Creencias de Control Externas Lógicas (CCEL)* se refieren a que un individuo considera que las condiciones sociales y materiales de vida determinan su estado de salud, lo cual habla de una persona que entiende con coherencia y objetividad la forma en que se relaciona con su contexto y en consecuencia, emprende comportamientos acordes al mismo que favorecen su estado salud. Por otro lado, las *Creencias de Control Externo Prelógicas (CCEP)* señalan la necesidad de un sujeto por encontrar explicaciones sustentadas en relaciones de casualidad que satisfagan sus sentimientos de control, las cuales, desfavorecen los comportamientos de cuidado de la salud, ya que probablemente el sujeto adopta una postura pasiva ante la prevención de las enfermedades y otorga un lugar al azar, al destino, a la suerte, a Dios, etc

Esta idea es apoyada por San Martín (1984), quien señala que es muy importante enfatizar las acciones preventivas pues a través de éstas se pueden lograr comportamientos más racionales cimentados en creencias internas o externas siempre y cuando sean lógicas a fin de que favorezcan el nivel de salud del individuo y su grupo

Con respecto a las diferencias encontradas por edad entre los adolescentes, en el factor llamado *Indefensión Externa*, los jóvenes de 17 a 18 años creen con mayor frecuencia en la idea de necesitar de una fuerza externa mágica o religiosa para mantener su estado de salud que los jóvenes de 14 a 16 años, mientras que en el factor *Religiosidad Prelógica*, los sujetos de 17 a 18 años son más propensos a adoptar una postura de fe ante un ser supremo para conservar su salud, que da como resultado una conducta pasiva al prevenir una enfermedad o al recuperar la salud en comparación con los de 14 y 16 años

En general, estos resultados muestran que edades más próximas al rol de adulto (17 a 18 años) se relacionan con una postura en la que de alguna manera se tienen que explicar a sí mismos situaciones que salen del control de la persona, por tanto, se atribuye a "algo", cualquier cosa basada en una relación de casualidad que permita entender lo que pasa, con tal de que proporcione sentimientos de control y estabilidad, en tanto que los jóvenes de 14 a 16 años, más próximos a la pubertad adoptan una postura indiferente o de valentía, es decir, se caracterizan por su rebeldía en la cual no es necesario atribuir a fuerzas divinas o religiosas explicaciones que les proporcionen seguridad ante los eventos de la vida puesto que los sentimientos de omnipotencia son más fuertes en esta etapa.

En lo referente a las diferencias encontradas en las creencias entre ambos sexos, se observó que las mujeres son más *Activas Internas* más *Positivas Lógicas*, más *Activas Lógicas* y más *Morales Prelógicas* en comparación con los hombres

Desde el punto de vista del aprendizaje social, esto significa que sus creencias se deben en gran medida a que desde niñas se les enseña a ser más afectivas que a los hombres, es decir, poner mayor atención en su sentir y no tanto en su hacer, porque la mujer "es mujer" en función de lo que siente de acuerdo con los roles de género estereotipados, en donde de sobra está decir que la cultura juega un papel sumamente importante.

En virtud de esto, sus creencias están relacionadas con sus capacidades afectivas y de pensamiento optimista, las mujeres son más introspectivas (control interno) y más emocionales en este caso, para mantener la salud y/o enfrentar la enfermedad. Sin embargo, a pesar de mostrar mayormente creencias en función de la logicidad, también muestran creencias que se caracterizan por ser irracionales, ya que emiten juicios de valor sobre el estado de salud-enfermedad de las personas y de sí mismas, en las que atribuyen aspectos tales como el "merecer" una enfermedad por haber tenido un mal comportamiento, o bien, el sentirse culpable de haber adquirido alguna enfermedad, pero que finalmente, están relacionadas con una evaluación subjetiva.

Al respecto, Read (1968) comenta que en muchas culturas la salud y la enfermedad se relacionan con la conducta moral y que en algunas sociedades analfabetas prevalece la idea de que tener buenos pensamientos, evitar peleas y agresiones son elementos determinantes para disfrutar de un buen nivel de salud, lo cual concuerda con las creencias que mostraron las adolescentes en este estudio.

De acuerdo con Conner y cols (1995), las creencias optimistas se refieren a creer en que uno tiene la capacidad para llevar a cabo conductas saludables. En el sentido de la actividad, los individuos pueden hacer algo para contrarrestar las ilusiones acerca del futuro o pueden sentarse y esperar a que las cosas pasen.

Con respecto a las creencias de los hombres, de acuerdo con Rivera y Díaz-Loving (1997), se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a las características de masculinidad-feminidad, en el sentido de que los hombres son más independientes, activos, competitivos, arrogantes, presumidos, hostiles, egoístas, triunfadores, cultos, organizados, valientes, fuertes, creativos y con iniciativa, es decir, el hombre es más instrumental, más operacional, mientras que la mujer es más emocional, gentil, amable, débil de carácter y servil.

Probablemente, esto se debe a que desde la infancia a los hombres se les enseña a dar órdenes y a sentir mayor autoconfianza en la toma de decisiones, puesto que son educados para tener la razón y saber lo que hacen, ya que de acuerdo con los roles de género, el hombre "es hombre" en función de lo que hace. Por tanto, creen con más fuerza en ellos mismos (*Confianza Excesiva Interna*) en comparación con las mujeres. No obstante, esto representa un riesgo, pues tienden a pasar por alto la falibilidad del pensamiento, es decir, sobrestiman sus juicios, lo cual trae como resultado sentimientos de omnipotencia, así como también la sobrevaloración de sus recursos y características personales para mantener la salud y/o enfrentar la enfermedad.

De igual forma, Conner y cols. (op cit), hacen referencia a este tipo de creencias cuando hablan de las creencias optimistas y señalan que éstas sobrestiman ligeramente las capacidades percibidas en vez de simplemente reflejar las ya existentes

Estos resultados concuerdan con los obtenidos en un estudio por Pérez-Lagunas y Díaz-Guerrero, (1992) en el cual se encontró que los hombres de preparatoria oficial entre más se sienten superiores a las mujeres, muestran más creencias mágicas como "Existe la magia negra para desear el mal", "Las cartas pueden predecir el futuro" y "Los horóscopos dicen la verdad y es bueno tomarlos en cuenta"

Así mismo, los hombres mostraron tener creencias de *Indefensión Externa* y *Religiosas Prelógicas*, lo cual significa que al percibirse a sí mismo indefenso ante el medio, al sentirse agobiado por los problemas, después de haber recurrido a toda explicación lógica y no encontrar solución, la única explicación viable son las creencias religiosas como la fe en Dios, en los Santos, en la Virgen, etc Cuando el hombre se siente al filo de su existencia, ya sea por enfermedad o muerte, lo único que le queda es aferrarse a algo que le de seguridad y es aquí en donde encaja el concepto de creencia El hombre tiene que creer en algo, pues es la creencia una fuerza motivadora (Villoro, 1982) que impulsa al hombre a seguir hasta el fin

Lo anterior, podría ser reflejado en el caso de un suicida, quien en su acción autodestructiva - fundada en creencias prelógicas- muestra resignación e intolerancia ante el mundo Cuando el hombre no tiene en qué o en quién creer o algo que lo mantenga atado a la vida (Frankl, 1979) pierde el sentido de ésta.

En cuanto a las diferencias en las creencias de los adolescentes pertenecientes a distintos niveles socioeconómicos, la clase baja mostró ser más *Activa Lógica* en comparación con la clase alta, lo cual quiere decir que perciben control en sus comportamientos de protección de la salud de una forma racional, ya que creen que sus propios pensamientos y emociones contribuyen a mantener un buen estado de salud Probablemente esto se deba al hecho de que tener escasos recursos económicos y en consecuencia, gozar de menos bienes materiales, les permite valorar más sus características personales, lo cual reditúa pensamientos optimistas, pues éstos son finalmente con los que cuentan y por tanto, a los que consideran como válidos en el mundo, no así los adolescentes de la clase alta, quienes atribuyen más valor a las cosas materiales, precisamente porque pueden poseerlas

Al mismo tiempo, los jóvenes pertenecientes a la clase alta tienen creencias *Fatalistas Prelógicas*, lo cual da razón de que en ellos imperan sentimientos de resignación e indefensión ante eventos frente a los cuales creen que ya no hay otra posibilidad de cambio, es decir, al no considerar que con sus capacidades y habilidades personales obtienen logros, se inclinan por creer que lo que no pueden conseguir con dinero, no lo pueden alcanzar por ellos mismos, y en consecuencia, enfrentan con pesimismo y pasividad los riesgos de enfermarse al carecer de sentimientos de control interno y de una base racional cimentada en sus facultades.

Con respecto a las correlaciones positivas más altas obtenidas entre los factores de la escala, el factor **Afectivo Positivo Lógico I** con el factor **Estructura Social Externa**,

señalan que el sustentar comportamientos con el tipo de creencias en las que el individuo ubica en un contexto real las condiciones de vida que determinan su salud y que además percibe que sus características personales también influyen en su bienestar, resultan favorables para el cuidado de la salud. Es decir, si el individuo reconoce la conjunción de su subjetividad con el mundo objetivo y está de acuerdo en que ambos terrenos lo sitúan en un contexto de interdependencia entonces puede lograr un bienestar no sólo físico sino también mental y social.

Con relación a esto Read (1968) subraya la importancia de algunos factores en la explicación del origen de las enfermedades, de la salud individual y colectiva como por ejemplo, la forma en que vive la gente, lo que come, lo que cree, lo que valora y la tecnología de que dispone, es decir, el contexto sociocultural en el que se desarrolla.

De acuerdo con Díaz-Guerrero (1952), el grado de salud mental de personas o grupos debe tener una capacidad de plasticidad, esto es, que el individuo y el grupo sean capaces de aceptar otras opiniones, ser objetivos e imparciales. Es decir, el hombre como ser social, no puede omitir o desentender la importancia del plano social en su salud, ya que ésta es construida y preservada o puesta en riesgo por el individuo al convivir con su medio.

El factor **Activo Lógico** y el factor **Indefensión Externa**, señalan que un individuo puede ser muy racional y objetivo, pero en el momento en el que se le presenta una situación difícil de resolver puede sentirse indefenso y recurrir a explicaciones prelógicas tales como la suerte, el destino, etc para tratar de entender lo que para él es incomprensible. Es entonces cuando el sujeto otorga poder a cosas externas, lo cual le redituará un sentimiento de control de dicha situación inexplicable, además de seguridad y supervivencia. Guy (1987) menciona que en muchas de las curas obtenidas depende más la fe y las creencias que el paciente tiene que la evidencia o la lógica, en este sentido, el paciente le otorga un poder a cuestiones externas al sentirse indefenso ante la enfermedad. Al respecto, Read (1968) señala que al interpretar el origen de la enfermedad desde el punto de vista mágico-religioso, los comportamientos con relación a ella son orientados por éste.

El factor **Religiosidad Prelógica** y el factor **Cognoscitivo Interno**, indican que cuando alguien es introspectivo muy posiblemente considere a la religión como un punto importante en su vida, lo cual le proporciona seguridad, control sobre las cosas, pertenencia a un grupo y consecuentemente bienestar. Esto significa que los sujetos que creen que un ser supremo se encarga de su estado de salud, también creen que este es resultado de sentirse bien consigo mismo. Concerniente a esto, Read (1968) menciona que aquellas personas que se rigen por un pensamiento religioso orientan su conducta de cuidado de la salud con relación a estas ideas ya que de esta forma obtienen seguridad.

El factor **Influencia Social Lógica** y el factor **Activo Interno**, muestran que el individuo es capaz de combinar aspectos tanto individuales como sociales para preservar su salud y mantenerse en una postura activa para modificar su entorno y actuar en él.

El factor Activo Interno se relaciona con la motivación a la salud (Becker, citado en Donati, 1994) que el individuo obtiene de su experiencia subjetiva y de la influencia de las condiciones socioestructurales, lo cual depende del nivel de importancia que el sujeto

atribuye a la salud. Así mismo, (Di Nicola, op cit.) señala que la importancia del sistema de creencias y prácticas radica en la forma de vida y la percepción del propio cuerpo.

Por su parte, Bandura et al. (citados en Schwarzer y Fuchs 1995), coinciden en que el tener creencias de control interno o bien, en sus palabras la autoeficacia percibida, consiste en que la persona controla sus actos y por tanto, lleva una vida más activa y autodeterminada.

Estas creencias reflejan la cognición de "sentirse apto" para manejar las situaciones a través de medios adaptativos.

El factor 4 de reactivos **Organización Social Lógica** y el factor **Confianza Excesiva Interna** nos dicen que el sujeto que se desenvuelve en una comunidad socialmente organizada con opciones de desarrollo, adquiere mayor confianza en sí mismo pues el grupo lo retroalimenta y le da fuerza. Sin embargo, esto puede tener un aspecto negativo, ya que si el individuo siente demasiada confianza en sí mismo, entonces se producen sentimientos de omnipotencia ante los eventos. Por tanto, creer que nada le puede afectar y/o que todo lo puede arreglar, es no prever los límites reales de acción, lo cual puede ser peligroso para la salud, pues no se alcanzan a percibir los riesgos.

Por otro lado, es importante señalar que para construir instrumentos confiables y válidos para una cultura específica (Rivera, et al., 1997), se deben definir con mayor precisión conceptual las variables a estudiar. De aquí la idea de elaborar una escala que mida creencias como conceptos psicosociales independientes de las actitudes, aunque no por ello se haga una ruptura entre ellas

Algunas de las limitaciones en el estudio fueron no haber aplicado el instrumento final y comparar los resultados con la aplicación piloto. No obstante se considera que los resultados obtenidos son valiosos en tanto que existen pocos estudios sobre creencias y los que hay son poco accesibles (por ejemplo, la escala para medir el locus de salud construida por Wallston y cols. (1978)

En este sentido, dado que el instrumento posee validez de constructo y consistencia interna, se recomienda ser utilizado para futuras investigaciones en donde se hagan comparaciones con poblaciones sanas y poblaciones enfermas, por ejemplo, personas que consuman drogas y personas que no lo hagan. Así mismo, se podrían comparar las poblaciones rural y urbana, en donde se esperaría encontrar en la comunidad rural creencias vinculadas con mitos y costumbres ancestrales que podrían dar un matiz interesante y transcultural a la investigación sobre creencias, ya que como menciona Moscoso et al , (1993), "Latinoamérica es una región eminentemente heterogénea compuesta por grupos de individuos con diferentes sistemas de valores y creencias, especialmente en relación con el origen de enfermedades, así como también tradiciones culturales muy variadas las cuales posibilitan una gran diversidad de actitudes y conductas de alto riesgo".

Finalmente, es importante resaltar que tener una visión integral de las creencias en función del locus de control vinculado a la logicidad y a la prelogicidad del pensamiento permite contar con elementos culturalmente sensibles para elaborar estrategias de prevención en consonancia con el terreno ideológico que sustenta los comportamientos de los

adolescentes, población que por sus características la hacen ser más vulnerable ante enfermedades como el VIH/SIDA, el consumo de drogas, los embarazos no deseados, el alcoholismo, etc. y frente a las cuales, el psicólogo es un promotor de cambio.

BIBLIOGRAFÍA

- Adkins, W. D., (1965). *Elaboración de tests psicológicos. Desarrollo e interpretación de los tests de aprovechamiento*. México: Trillas.
- Asch, S. (1967) *Psicología Social* México. Eudeba.
- Aiken, L. R. (1996) *Tests Psicológicos y Evaluación*. Primera edición México Prentice Hall Hispanoamericana, S A
- Béjar, (1979) *El mexicano. Aspectos culturales y psicosociales*. México: UNAM
- Bem, D.J. (1970) *Beliefs, attitudes, and human affairs* USA: Brooks/Cole Publishing Company
- Campos, R (1992) *La antropología médica en México* Tomo II. UAM México, D.F. Antologías Universitarias.
- Castro, M.L. (1995), Elizondo, J.A. (1995), Delhumeau, A (1995). Citados en *Addictus*, (1995). Año 1 No 5 Mar/Abr.
- Castro, S M E , Llanes, B J , Gally, N , Bonifaz, R ,Casco, M., Mata, R.M E , Margain, M , Forcada, X N. (1995). *Modelo preventivo de riesgo psicosocial en la adolescencia "Chimalli"*. CONAFE, M.E.Castro y cols México.
- Conner, M , & Norman, P. (1995) *Predicting Health Behaviour Research and Practice with Social Cognition Models* Buckingham: Open University Press INTERNET Yahoo 1998.
- Diccionario de la Real Academia Española (1979) Séptima reimpresión España: Espasa Calpe.
- Diez-Martínez, D.E , Mexica, R M (1992) *Conceptualizaciones infantiles sobre el proceso de salud y enfermedad* *Salud Mental*, 15 (2) junio de 1992, pp. 37-43.
- Donati P., (1994) *Manual de Sociología de la Salud*, España. Editorial Díaz de Santos
- Escobar, P E., (1996). *Las creencias: un análisis psicosocial*. Tesis de licenciatura México. Facultad de Psicología, UNAM
- Foster, G.M. (1983) *La salud y el equilibrio. En Comps "La medicina invisible"*. Lozoya, X. y Zolla C México Folios Ediciones
- Foster, G.M (1992) *Las culturas tradicionales y los cambios técnicos* Segunda reimpresión, México Fondo de Cultura Económica

- Frankl, V.E. (1979). *El hombre en busca de sentido*. España. Herder.
- Fursay-Fusswerk, J (1985). *Prolegómenos de una teoría sobre la creencia* Salud Mental, Vol VIII, No 4, Diciembre.
- García, S. (1995) *Creencias populares acerca de la enfermedad mental*. En Memorias del Congreso Regional de Psicología para profesionales en América (1997) México, D.F.
- Gómezjara, F, Avila, J R, Morales R M, (1981). *Salud Comunitaria, teoría y técnicas*. México Editorial Nueva Sociología.
- Gortari, E.D, Gorski, D P., Tavants, P.V. (1971). *Principios de lógica*. Primera edición. México: Editorial Grijalbo
- Griffiths, P. (1967). *Conocimiento y creencia* España: Fondo de Cultura Económica
- Guy, J.D. (1987) *La vida personal del psicoterapeuta. El impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta*, España: Paidós.
- Holtzman, H W, Evans, I R., Kennedy, S., Iscoe, I. (1988). *Psicología y salud. Contribuciones de la psicología al mejoramiento de la salud y de la atención de salud*. Journal of Saint Panam 105 (3), 1988. Se publicó en el Bulletin of the World Health Organization Vol. 65, No. 6, 1987 con el título “*Psychology and health: contributions of psychology to the improvement of health and health care*” Organización Mundial de la Salud, 1987
- Jones, E. y Gerard, H (1980). *Principios de Psicología social*. México Edit Limusa
- Kerlinger, F.N. (1964) *Foundations of behavioral research*. Segunda edición U.S.A. Holt Rinehart and Winston Inc
- Kerlinger, F N. (1975). *Investigación del comportamiento* México: Nueva Editorial Interamericana
- Krech, D., Crutchfield, R., Ballachey, E. (1978) *Psicología social*. Tercera edición. Madrid, España Biblioteca Nueva
- Lozoya, X y Zolla C (1983). Comps “*La medicina invisible*”. México: Folios Ediciones.
- Magnusson, D. (1969). *Teoría de los tests*. Segunda edición (1990). México Trillas
- Martínez, D E, Mexica, R M (1992) *Conceptualizaciones infantiles sobre el proceso de salud y enfermedad*. Salud Mental, 15 (2) junio de 1992.

Menéndez E.L. (1979). *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. Editorial Nueva Imagen pp 13-60.

Menéndez, E.L. (1990). *Antropología médica, orientaciones, desigualdades y transacciones*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social México. CIESAS Cuadernos de la Casa Chata 179

Morales, J.F., Moya, M., Reboloso, E, Fernández, D.J.M., Huici, C, Marques, J, Páez, D., Pérez, J A (1994) *Psicología Social*. Primera edición. España Mc Graw Hill Interamericana.

Moscoso, MS Oblatas, L.A., (1993) *Hacia una psicología de la salud en el año 2000: Retos y promesas* Psicología Contemporánea. Vol. 1 No 1, 1994 México: Manual Moderno

Myers, D (1995) *Psicología Social* México: Edit Mc Graw Hill.

Nunnally, J C Breasteis, I H. (1985) *Teoría Psicométrica*. México Mc Graw-Hill.

Pepitone, A. (1990) *El mundo de las creencias: un análisis psicosocial*. Revista de Psicología social y Personalidad. Vol. VII, No.1, 61-79

Pepitone y Triandis (1989) en Morales, J.F., Moya, M, Reboloso, E., Fernández, D.J.M., Huici, C., Marques, J., Páez, D., Pérez, J A. (1994) *Psicología Social*. Primera edición España: Mc Graw Hill Interamericana

Pérez-Lagunas, E R y Díaz-Guerrero, R. (1992). *Las premisas histórico-socioculturales y la salud mental*. Salud Mental V. 15 No 2, 6 - 13

Rasch, (1960) citado en Reidl, L. Sierra, O. y Mendieta, A (1998). *El zoológico de Chapultepec desde el punto de vista psicosocial*. México: UNAM

Ramos, L., Díaz-Loving, R, Saldívar, G., Martínez, Y., (1992). *Creencias sobre el origen del SIDA en estudiantes universitarios*. Salud Mental Vol XV, Año 15, No 4, Diciembre, 1992, 12-20 México Asociación Mexicana de Psicología Social.

Ramos, L, Saltijeral, M T. (1991). *Relación entre locus de control ante la delincuencia y el miedo a la victimización*. Revista de psicología social y personalidad Vol VII, No 1

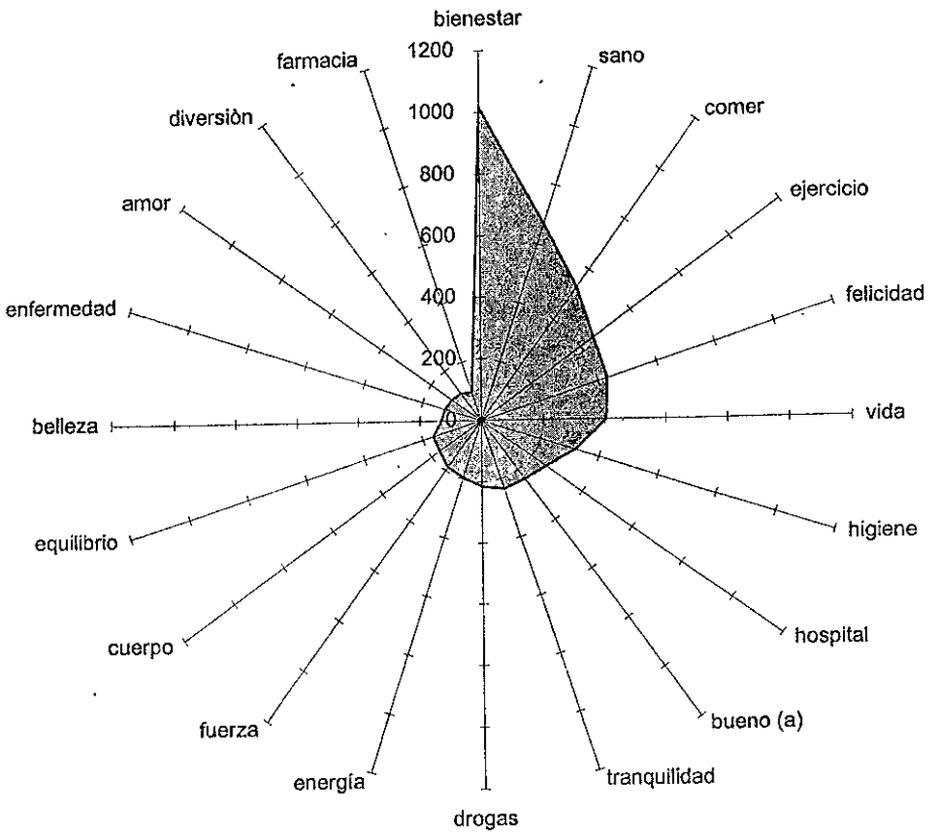
Read, M. (1968). *Cultura, salud y enfermedad*. Argentina. Centro editor de América Latina Biblioteca de Psicología

Reidl, L. Sierra, O y Mendieta, A. (1998). *El zoológico de Chapultepec desde el punto de vista psicosocial*. México. UNAM.

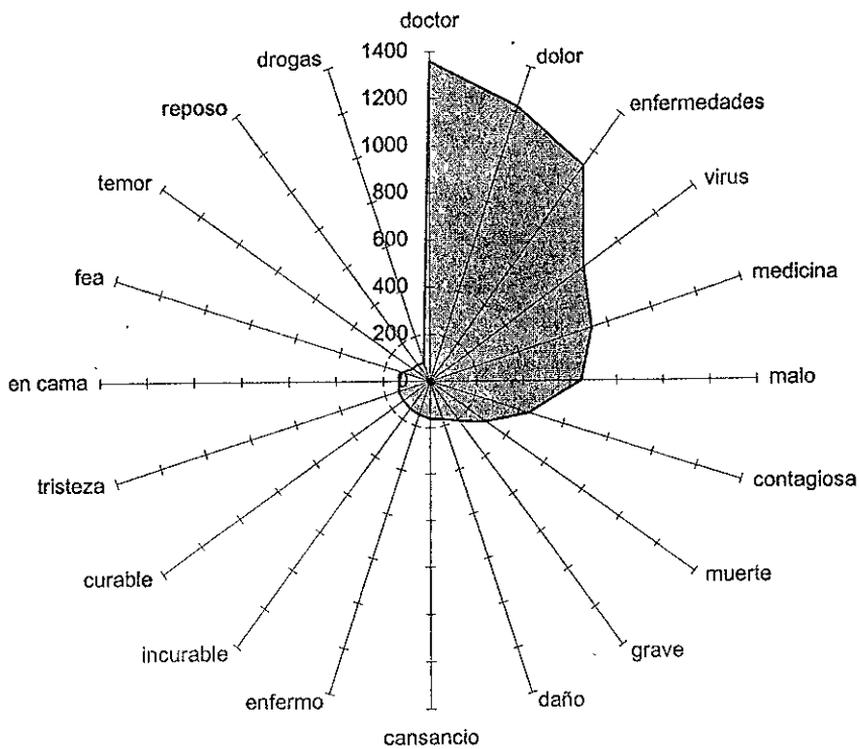
Reverté, J.M. (1981). *Antropología Médica*. España Rueda

- Reyes, L. I (1993). *Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos*. Revista de psicología social y personalidad. Vol IX, No 1, 81-97.
- Rivera, T B , Reidl, M L., Ortega, A P. (1994) El perfil del adolescente mexicano. México: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
- Rivera, A.S., Díaz-Loving, R. (1997). *Construcción y Validación del Inventario multifásico de Atracción Interpersonal (IMAI)*. Revista de Psicología Social y Personalidad. Vol XIII, No. 1, 1997, 41-65
- Rojas, S R. (1983) *Capitalismo y enfermedad*. México: Plaza Valdés Editores. (1995)
- Saldaña, F.M.C (1994) *Pueblos indígenas de México. Tzotziles y tzeltales* México: Instituto Nacional Indigenista.
- San Martín, H (1984) *Salud y enfermedad*. Ediciones científicas. Segunda reimpresión México. La prensa médica mexicana.
- San Martín, H (1992). *Tratado General de la salud en las sociedades humanas*. Tomo I. Ediciones científicas México. La prensa médica mexicana, edición actualizada con motivo de los 25 años de la obra Salud y enfermedad
- Selltiz, C.; Jahoda, M , Deutsch, M.; Cook, S.W (1965). *Métodos de Investigación en las Relaciones Sociales*. Octava edición Madrid Ediciones Rialp, S A.
- Schwarzer, P. y Fuchs, S. (1995) *Self-Efficacy and Health Behaviors* Freie Universität Berlin. En Conner, M , & Norman, P. (1995). *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models*. Buckingham Open University Press. INTERNET Yahoo 1998
- SEP (1998). <http://www.udg.mx:81/SEP/pse.html> INTERNET
- Valdéz, M.J.L (1991) *Las categorías semánticas, usos y aplicaciones en Psicología Social*. Tesis de maestría. México. Facultad de Psicología, UNAM.
- Wang, M.Q., Fitzhugh, E.C., Cowdery, J E , Trucks, J., (1995) *Developmental influences of attitudes and beliefs on adolescents' smoking* Psychological Reports, 1995, Vol. 76, 399-402.

Núcleo de la red semántica de SALUD



Núcleo de la red semántica de ENFERMEDAD



Anexo 3
"Escala de Creencias relacionadas a la salud-enfermedad"
(Versión preliminar)

En la facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM se está llevando a cabo una investigación acerca de la forma en la que piensan los jóvenes. Por favor, conteste a las preguntas que a continuación se presentan. No hay respuestas correctas o incorrectas, ya que cada persona tiene su forma particular de pensar. Las respuestas serán anónimas y confidenciales y serán utilizadas para fines de investigación. Nos interesan los resultados del grupo en su conjunto, no así en su forma individual. Agradecemos su participación y honestidad al contestar.

Edad (años cumplidos) _____ Sexo Hombre _____ Mujer _____

Escolaridad (hasta qué año fue usted a la escuela): _____

Nivel Socioeconómico. Conteste **SI** en caso de que usted cuente con los siguientes servicios. Conteste **NO** en el caso contrario:

Luz eléctrica _____

Techo de cemento en casa _____

Regadera _____

Calentador de gas _____

TV a color _____

Secadora de ropa _____

Servidumbre de planta _____ de tiempo parcial _____

Reproductor de discos compactos _____

TV por cable _____

Antena parabólica _____

Lavadora de ropa _____

Teléfono _____

Teléfono celular _____

Automóvil _____

Seguro para automóvil _____

¿Cuántos focos hay en su casa incluyendo los de las lámparas? _____

INSTRUCCIONES:

A continuación se presenta una serie de oraciones. Marque con una "X" la opción con la que usted esté de acuerdo o la que más se aproxime a su forma de pensar. Observe el siguiente ejemplo:

Cortarse el cabello cuando hay luna llena hace que crezca mejor
SI (X) NO ()

Si usted está de acuerdo con la oración anterior, marcará con "X" el espacio que corresponde a SI. En caso contrario marcará con "X" el espacio que corresponde a NO.

Por favor NO deje oraciones sin contestar

1	Soy responsable de mi salud	SI ()	NO ()
2	Querer tu cuerpo significa cuidarlo	SI ()	NO ()
3	Se necesita la protección de Dios para estar sano	SI ()	NO ()
4	Amor a la vida significa cuidarse	SI ()	NO ()
5	Las campañas de salud pueden favorecer el bienestar físico.	SI ()	NO ()
6	Aprender a cuidarme es responsabilidad mía	SI ()	NO ()
7	Aunque me cuide, me he de morir de algo	SI ()	NO ()
8	A mí me corresponde protegerme de las enfermedades.	SI ()	NO ()
9	El bienestar físico es producto de mi fuerza mental	SI ()	NO ()
10	La crisis económica puede afectar mi estado de salud	SI ()	NO ()
11	Mi cansancio es producto de los virus que hay en el ambiente.	SI ()	NO ()
12	La salud es resultado de que haga deporte.	SI ()	NO ()
13	Mi salud se relaciona con la existencia de servicios públicos	SI ()	NO ()
14	La salud es resultado del ritmo de vida que llevo	SI ()	NO ()
15	Es conveniente hacer caso a la gente mayor para conservar la salud	SI ()	NO ()
16	El que aguanta bebiendo mucho no se vuelve alcohólico.	SI ()	NO ()
17	Mi salud se ve afectada por la sobrepoblación	SI ()	NO ()
18	Los ancianos son los que se enferman	SI ()	NO ()
19	Es más probable que me enferme cuando estoy triste	SI ()	NO ()
20	Puedo evitar deprimirme.	SI ()	NO ()
21	Los eclipses pueden afectar la salud	SI ()	NO ()
22	Aún sin mucho dinero puedo llevar una dieta sana	SI ()	NO ()
23	Conocer los riesgos de enfermarse puede prevenirlo	SI ()	NO ()
24	Tener higiene me mantiene sano.	SI ()	NO ()
25	Los maestros pueden influir en mi estado de salud	SI ()	NO ()
26	Sólo un Ser Supremo puede sanarte de las enfermedades	SI ()	NO ()
27	Autorrecretarse puede dañar la salud	SI ()	NO ()
28	Puede ser que mi bienestar físico dependa de lo que pienso	SI ()	NO ()
29	Puede ser que mi bienestar mental dependa de lo que siento	SI ()	NO ()
30	Los horóscopos pueden predecir si te enfermarás o no	SI ()	NO ()

31	Es difícil que la gente rica se enferme	SI ()	NO ()
32	Puedo sobreponerme ante hechos que me causan tristeza	SI ()	NO ()
33	Las campañas de salud son importantes para disminuir el riesgo enfermarse	SI ()	NO ()
34	Puedo encontrar el equilibrio en todas las áreas de mi vida	SI ()	NO ()
35	El destino dirá si me enfermo o no.	SI ()	NO ()
36	Son importantes las campañas de salud para prevenir enfermedades	SI ()	NO ()
37	La salud es resultado de estar contento consigo mismo.	SI ()	NO ()
38	La vejez es la causante de las enfermedades.	SI ()	NO ()
39	Mis emociones influyen sobre mi estado de salud	SI ()	NO ()
40	Se necesita de las experiencias de los demás para estar sano	SI ()	NO ()
41	Es preferible pensar en cosas agradables para no enfermarse	SI ()	NO ()
42	El médico es el único responsable de mi salud	SI ()	NO ()
43	Puedo evitar sentirme mal	SI ()	NO ()
44	Mi buen estado de salud es resultado de la inteligencia que tengo	SI ()	NO ()
45	Los chequeos médicos pueden proporcionar un futuro sano.	SI ()	NO ()
46	Si me siento feliz contribuyo a mi bienestar físico.	SI ()	NO ()
47	Mi salud depende del apoyo que me brinda mi familia.	SI ()	NO ()
48	Es posible que me enferme si hago un coraje	SI ()	NO ()
49	Una mirada penetrante puede causarte daño a la salud	SI ()	NO ()
50	La salud es resultado de estar bien consigo mismo	SI ()	NO ()
51	Puedo influir en las cosas que me suceden a diario para evitar malestares	SI ()	NO ()
52	Creo que las relaciones sexuales deben comenzar en la adolescencia	SI ()	NO ()
53	Mi estado de salud es resultado de algunas de mis acciones	SI ()	NO ()
54	El gobierno puede favorecer el desarrollo de enfermedades	SI ()	NO ()
55	Tener iniciativa me ayuda a mantenerme sano	SI ()	NO ()
56	Intento hacer actividades que me mantengan sano.	SI ()	NO ()
57	Los partidos políticos pueden mejorar las condiciones de salud de la gente	SI ()	NO ()
58	La juventud es la fuente de estar sano.	SI ()	NO ()
59	Mi salud puede ser el reflejo del autocuidado	SI ()	NO ()
60	Fumar poco no hace daño	SI ()	NO ()
61	El lugar donde se trabaja influye en la prevención de enfermedades	SI ()	NO ()
62	Pensar en cosas agradables puede ayudar a mantenerme sano	SI ()	NO ()
63	Al hombre le toca decidir usar o no condón.	SI ()	NO ()
64	Creo que las personas que acuden al psicólogo están locas	SI ()	NO ()
65	Puedo cambiar mi estilo de vida para mejorar mi salud	SI ()	NO ()
66	La magia negra puede afectar la salud	SI ()	NO ()
67	Las decisiones que tome pueden influir en mi estado de salud	SI ()	NO ()
68	Me recupero de una enfermedad gracias a mi buena suerte	SI ()	NO ()
69	Presiento que me voy a enfermar	SI ()	NO ()
70	Comer en abundancia es saludable	SI ()	NO ()
71	Tomar malas decisiones puede ocasionarme dolor	SI ()	NO ()
72	El amor contribuye a tener salud	SI ()	NO ()
73	La calidad de los hospitales puede afectar mi nivel de salud	SI ()	NO ()
74	Se necesita de la familia para estar sano	SI ()	NO ()
75	Es bueno meditar para estar sano	SI ()	NO ()
76	Yo tengo el control de mi bienestar	SI ()	NO ()
77	La salud es una bendición	SI ()	NO ()

78	Platicar mis problemas me hace sentir mejor	SI ()	NO ()
79	Mi bondad contribuye a que tenga salud.	SI ()	NO ()
80	Gracias a mi fuerza de voluntad me mantengo sano	SI ()	NO ()
81	Expresar el cariño que siento me proporciona salud	SI ()	NO ()
82	Estar enfermo es un castigo divino	SI ()	NO ()
83	Si tengo temor a las enfermedades, puedo contagiarme	SI ()	NO ()
84	Mi bienestar depende sólo de mí	SI ()	NO ()
85	Los problemas de la nación pueden afectar mi salud.	SI ()	NO ()
86	Cada quien tiene las enfermedades que se merece.	SI ()	NO ()
87	Las noticias del mundo pueden intervenir en mi estado de salud.	SI ()	NO ()
88	Si Dios quiere, me alivio	SI ()	NO ()
89	Es bueno tomar lo que te sugieren en la farmacia.	SI ()	NO ()
90	Puedo decidir cómo quiero sentirme	SI ()	NO ()
91	Yo decido cuando dejar de fumar	SI ()	NO ()
92	Creo que las enfermedades se deben a lo que siento	SI ()	NO ()
93	El nivel educativo puede mejorar la calidad de la salud.	SI ()	NO ()
94	Creo que mis pensamientos pueden provocar que me enferme.	SI ()	NO ()
95	La explotación de los trabajadores se relaciona con su salud	SI ()	NO ()
96	Rezo para no enfermarme.	SI ()	NO ()
97	Las personas feas padecen alguna enfermedad	SI ()	NO ()
98	El desarrollo de la ciencia contribuye al fomento de la salud	SI ()	NO ()
99	La pobreza favorece que se desarrollen enfermedades	SI ()	NO ()
100	Me contagio sólo si lo permito	SI ()	NO ()
101	Basta con mi energía para conservarme sano.	SI ()	NO ()
102	La organización de la gente es importante para evitar daños a la salud	SI ()	NO ()
103	Las medicinas no tienen efecto en mí.	SI ()	NO ()
104	Puedo enfermarme si me tienen envidia	SI ()	NO ()
105	Lo único eficaz para aliviarte son los remedios caseros	SI ()	NO ()
106	Si controlas el asco puedes evitar contagiarte	SI ()	NO ()
107	Los curanderos tienen el poder de sanarte	SI ()	NO ()
108	La enfermedad puede ser causada por divertirse en exceso.	SI ()	NO ()
109	La falta de empleo tiene relación con mi nivel de salud	SI ()	NO ()
110	Prevenir las enfermedades no está en mis manos	SI ()	NO ()
111	Me considero normal, por lo tanto es difícil que me enferme	SI ()	NO ()
112	El "mal de ojo" puede enfermarte.	SI ()	NO ()
113	Si tengo un gran resentimiento contra alguien puedo enfermarme	SI ()	NO ()
114	La salud es resultado de hacerte limpias.	SI ()	NO ()
115	Mi estado de salud depende de la salud de mi comunidad	SI ()	NO ()
116	Mantener el equilibrio depende de mi mentalidad	SI ()	NO ()
117	La escuela es un lugar donde se promueve salud	SI ()	NO ()
118	La enfermedad puede ser provocada por la hechicería.	SI ()	NO ()
119	Confío en mi fuerza de voluntad para salir de una situación grave.	SI ()	NO ()
120	Los santos interceden por mí para tener salud	SI ()	NO ()
121	La calidad de los servicios de los hospitales puede curar enfermedades	SI ()	NO ()
122	La belleza física refleja el estado de salud	SI ()	NO ()
123	Las reglas de mi grupo influyen en mi salud	SI ()	NO ()
124	Mi salud depende de cuánto me conozco	SI ()	NO ()

125	La enfermedad es de irresponsables.	SI ()	NO ()
126	Lo importante es estar bien consigo mismo para tener salud.	SI ()	NO ()
127	La salud depende de la mentalidad que se tenga	SI ()	NO ()
128	La organización en mi familia tiene relación con mi estado de salud.	SI ()	NO ()
129	Los espíritus malos influyen para que te enfermes.	SI ()	NO ()
130	Mi bienestar lo encauso yo.	SI ()	NO ()
131	Cada quien tiene la salud que se merece.	SI ()	NO ()
132	Proteger el medio ambiente es cuidar la salud	SI ()	NO ()
133	Mi inteligencia me ayudará a tener una vida sana.	SI ()	NO ()
134	Ser optimista es ser saludable.	SI ()	NO ()
135	Se puede caer en cama si te tienen mala fe	SI ()	NO ()
136	Si confío en mi pareja, no tengo por qué usar condón.	SI ()	NO ()
137	Creo que es responsabilidad de la mujer usar anticonceptivos	SI ()	NO ()
138	Si alguien parece estar sano, es que lo está	SI ()	NO ()
139	El medio ambiente puede afectar la salud de todos.	SI ()	NO ()
140	La organización de la colonia en donde viva se refleja en mi salud	SI ()	NO ()
141	Si estudio mucho puedo salvarme de las infecciones.	SI ()	NO ()
142	Puedo ser feliz a pesar de mis limitaciones	SI ()	NO ()
143	A los hospitales les corresponde proteger la salud.	SI ()	NO ()
144	Mi intuición me dirige para cuidar mi salud.	SI ()	NO ()
145	Me siento capaz de deshacerme de pensamientos que me afectan	SI ()	NO ()
146	La salud depende del dinero que tengas.	SI ()	NO ()
147	Carezco de suerte para mantenerme sano	SI ()	NO ()
148	Sólo se necesita fuerza mental para aliviarse.	SI ()	NO ()
149	Vivir en una ciudad tan grande tiene consecuencias en mi salud.	SI ()	NO ()
150	Las personas malas son las que se enferman.	SI ()	NO ()
151	El destino depara mi bienestar.	SI ()	NO ()
152	El riesgo de enfermarse es mayor cuando no se hace nada.	SI ()	NO ()
153	Sólo la tranquilidad puede mantenerme saludable	SI ()	NO ()
154	La forma en que me lleve con mi familia puede determinar mi salud	SI ()	NO ()
155	Compartir objetos personales con personas conocidas no hace daño	SI ()	NO ()
156	Los servicios de salud deberían respaldar la salud de la gente.	SI ()	NO ()
157	Sólo por ser joven se tiene salud.	SI ()	NO ()
158	Cuando uno se enferma sólo queda resignarse	SI ()	NO ()
159	Si me enfermo es culpa mía.	SI ()	NO ()
160	El bienestar colectivo depende de la participación de la gente.	SI ()	NO ()
161	Creo que estoy libre de riesgos	SI ()	NO ()
162	Mi salud se ve afectada por las decisiones que tome el gobierno	SI ()	NO ()
163	El tipo de vivienda en el que habito influye en mi estado de salud.	SI ()	NO ()
164	Los homosexuales son los que más se contagian de VIH/SIDA.	SI ()	NO ()
165	Algunos accidentes se pueden evitar.	SI ()	NO ()
166	Tomar malas decisiones puede causarme la muerte	SI ()	NO ()
167	La participación de los maestros cuenta para mejorar mi nivel de salud	SI ()	NO ()
168	El consumo de drogas es un problema que puede afectar mi salud	SI ()	NO ()
169	Usar amuletos puede ayudar a mantener la salud	SI ()	NO ()
170	Confío en mi buena suerte para no enfermarme	SI ()	NO ()
171	La existencia de instituciones de salud protege mi nivel de salud.	SI ()	NO ()

172	Puedo mejorarme sin tener reposo.	SI ()	NO ()
173	Con sólo ver al doctor, me siento mejor	SI ()	NO ()
174	Mi salud se puede beneficiar con los avances de la tecnología médica	SI ()	NO ()
175	La enfermedad es causada por la mala suerte	SI ()	NO ()
176	El incremento de personas con VIH/SIDA puede dañar mi salud	SI ()	NO ()
177	Si me enfermo de algo es porque ya me tocaba.	SI ()	NO ()
178	La salud de la persona depende de la clase social a la que se pertenezca.	SI ()	NO ()
179	Salvarte de las enfermedades no depende de ti.	SI ()	NO ()
180	Puedo alcanzar mi bienestar físico	SI ()	NO ()

Anexo 4
"Escala de Creencias relacionadas a la salud-enfermedad"
(Versión final)

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de oraciones. Marque con una "X" la opción con la que usted esté de acuerdo o la que más se aproxime a su forma de pensar. Observe el siguiente ejemplo.

Cortarse el cabello cuando hay luna llena hace que crezca mejor. **SI** **NO**

Si usted está de acuerdo con la oración anterior, marcará con "X" el espacio que corresponde a **SI**. En caso contrario marcará con "X" el espacio que corresponde a **NO**.

Por favor **NO** deje oraciones sin contestar

1	Mis emociones influyen sobre mi estado de salud	SI () NO ()
2	Sólo se necesita fuerza mental para aliviarse.	SI () NO ()
3	Los problemas de la nación pueden afectar mi salud.	SI () NO ()
4	Si Dios quiere, me alivio.	SI () NO ()
5	La existencia de instituciones de salud protege mi nivel de salud.	SI () NO ()
6	La salud es resultado de estar bien consigo mismo	SI () NO ()
7	La participación de los maestros cuenta para mejorar mi nivel de salud	SI () NO ()
8	El amor contribuye a tener salud	SI () NO ()
9	La enfermedad es de irresponsables.	SI () NO ()
10	Rezo para no enfermarme.	SI () NO ()
11	Expresar el cariño que siento me proporciona salud.	SI () NO ()
12	Si me siento feliz contribuyo a mi bienestar físico.	SI () NO ()
13	Fumar poco no hace daño.	SI () NO ()
14	Puede ser que mi bienestar físico dependa de lo que pienso.	SI () NO ()
15	Basta con mi energía para conservarme sano.	SI () NO ()
16	El gobierno puede favorecer el desarrollo de enfermedades	SI () NO ()
17	Se necesita la protección de Dios para estar sano	SI () NO ()
18	Los servicios de salud deberían respaldar la salud de la gente.	SI () NO ()
19	La salud es resultado de estar contento consigo mismo	SI () NO ()
20	Es preferible pensar en cosas agradables para no enfermarse	SI () NO ()
21	Si me enfermo es culpa mía	SI () NO ()
22	Mi bondad contribuye a que tenga salud	SI () NO ()
23	Los maestros pueden influir en mi estado de salud	SI () NO ()
24	Las medicinas no tienen efecto en mí.	SI () NO ()
25	Puede ser que mi bienestar mental dependa de lo que siento.	SI () NO ()
26	Sólo la tranquilidad puede mantenerme saludable.	SI () NO ()
27	Mi salud se ve afectada por las decisiones que tome el gobierno.	SI () NO ()

28	La salud es una bendición	SI () NO ()
29	El tipo de vivienda en el que habito influye en mi estado de salud.	SI () NO ()
30	Lo importante es estar bien consigo mismo para tener salud	SI () NO ()
31	Cada quien tiene la salud que se merece	SI () NO ()
32	El que aguanta bebiendo mucho no se vuelve alcohólico	SI () NO ()
33	Es más probable que me enferme cuando estoy triste.	SI () NO ()
34	Me contagio sólo si lo permito	SI () NO ()
35	Los partidos políticos pueden mejorar las condiciones de salud de la gente	SI () NO ()
36	Los santos interceden por mí para tener salud	SI () NO ()
37	El bienestar colectivo depende de la participación de la gente.	SI () NO ()
38	Pensar en cosas agradables puede ayudar a mantenerme sano	SI () NO ()
39	Prevenir las enfermedades no está en mis manos.	SI () NO ()
40	Creo que mis pensamientos pueden provocar que me enferme	SI () NO ()
41	Creo que las enfermedades se deben a lo que siento.	SI () NO ()
42	Las noticias del mundo pueden intervenir en mi estado de salud	SI () NO ()
43	Vivir en una ciudad tan grande tiene consecuencias en mi salud	SI () NO ()
44	La salud depende de la mentalidad que se tenga	SI () NO ()
45	Compartir objetos personales con personas conocidas no hace daño.	SI () NO ()
46	Si alguien parece estar sano, es que lo está	SI () NO ()
47	La crisis económica puede afectar mi estado de salud.	SI () NO ()
48	La calidad de los servicios de los hospitales puede curar enfermedades	SI () NO ()
49	Puedo influir en las cosas que me suceden a diario para evitar malestares.	SI () NO ()
50	La falta de empleo tiene relación con mi nivel de salud	SI () NO ()
51	El riesgo de enfermarse es mayor cuando no se hace nada	SI () NO ()
52	Gracias a mi fuerza de voluntad me mantengo sano	SI () NO ()
53	Mi salud se ve afectada por la sobrepoblación	SI () NO ()
54	Ser optimista es ser saludable	SI () NO ()
55	La explotación de los trabajadores se relaciona con su salud	SI () NO ()
56	El desarrollo de la ciencia contribuye al fomento de la salud	SI () NO ()
57	La forma en que me lleve con mi familia puede determinar mi salud.	SI () NO ()
58	Mi salud se puede beneficiar con los avances de la tecnología médica	SI () NO ()
59	El nivel educativo puede mejorar la calidad de la salud.	SI () NO ()