



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**INVESTIGACIÓN PSICOSOCIAL SOBRE SALUD, ENFERMEDAD
Y VACUNAS CONTRA LA COVID-19: RELACIÓN ENTRE
CREENCIAS Y ACTITUDES PRESENTES EN PERSONAL DE
ATENCIÓN MÉDICA DE INSTITUCIONES PÚBLICAS Y
PRIVADAS DEL ESTADO DE TLAXCALA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

PATRICIA MELÉNDEZ SALAMANCA

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: Dr. José De Jesús Silva Bautista

COMITÉ: Dr. Rodolfo Hipólito Corona Miranda

Dr. Juan Crisóstomo Martínez Berriozábal

Lic. Leonel Romero Uribe

Lic. Nallely Venazir Herrera Escobar

PAPIIT IN 300521

TLAXCALA, TLAX.

AGOSTO, 2022





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Agradecimientos y dedicatorias

A mis padres Evelio y Ausencia, quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, porque a pesar de las dificultades que presenta la vida siempre han sabido enseñarme a salir adelante y a no rendirme.

A mis hermanas, Vianney, Berenice y Angélica, por siempre cobijarme con una gran sonrisa, por su apoyo y amor incondicional.

A la profesora Venazir, por confiar en mí, para realizar este proyecto, por haber sido muy paciente, por compartir sus conocimientos y apoyarme a cumplir esta gran meta.

Investigación realizada gracias al Programa de Apoyo de Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM

<<IN 300521 >>

<<Estudio Psicológico Sobre Creencias De Supremacía Absoluta Hacia La Vida, La Muerte, La Salud Y La Enfermedad Presentes En Académicos De La UNAM Y Población En General >>

Agradezco a la DGAPA-UNAM la beca recibida

Índice

Índice	iv
RESUMEN	vii
INTRODUCCIÓN.....	1

APARTADO I. FUNDAMENTOS TEORICOS

CAPÍTULO I. CREENCIAS..... 13

1.1 Concepto de creencia	14
1.2 Formación de las creencias	17
1.3 Clasificación de las creencias	18
1.4. Función de las creencias	21

CAPÍTULO II. ACTITUDES..... 24

2.1 Concepto de actitud.....	25
2.2 Componentes de las actitudes	27
2.3 Formación de las actitudes xx.....	28
2.4 Función de las actitudes	30

CAPÍTULO III. TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LAS CREENCIAS Y ACTITUDES..... 32

3.1 Teoría de la acción razonada TAR.....	33
3.2.1 Características del modelo de Fishbein y Ajzen	33
3.2 Teoría de la Acción Planeada	39
3.3 Disonancia cognitiva.....	42
3.3.1 Características la disonancia cognitiva	44
3.4 Atribución	45
3.4.1 Teoría de la atribución.....	45
3.4.2 Tipos de atribución	46
3.4.3 Los errores y sesgos atribuciones	47
3.4.4 Atribución de intención	48

3.5 Consistencia	48
3.6 La teoría del equilibrio de Fritz Heider.....	50
CAPITULO IV. SALUD.....	52
4.1. Concepto de salud.....	53
4.1.1 Los tipos de salud	54
4.2 Visión científica de la salud.....	57
4.3 Visión religiosa de la salud.....	58
4.5 Promoción de la salud.....	60
4.5.1 Visión religiosa	61
4.5.2. Visión secular	63
4.5.3. Visión científica	65
CAPÍTULO V. ENFERMEDAD.....	68
5.1 Concepto de enfermedad.....	69
5.1.1 Visión científica	73
5.1.2 Visión religiosa	75
CAPÍTULO VI. COVID-19.....	79
6.1 Aspectos generales de la COVID-19	80
6.2 Contexto de la pandemia de coronavirus COVID-19.....	81
6.2.1 Contexto mundial	82
6.2.2 Contexto de la pandemia de coronavirus COVID-19 en México.....	82
6.2.3 Contexto Estado Tlaxcala.....	83
6.3 Estrategia de vacunación contra la COVID-19.....	87
6.3.1 Características generales de la vacunación	87
6.3.2 Como actúan las vacunas.....	88
6.3.3 Clasificación de las vacunas para el Covid-19	88
6.3.5 Aplicación de la vacuna en Tlaxcala	90
6.3.6 Características y porcentaje de efectividad	91
APARTADO II. ASPECTOS METODOLÓGICOS	
METODOLOGÍA	94

1 Planteamiento del problema.....	95
2. Preguntas de investigación.....	99
3. Objetivos de investigación.....	101
4. Hipótesis de investigación	104
5. Variables de investigación	106
6. Diseño / Tipo de investigación	107
7. Población y muestra de investigación.....	107
8. Instrumento de investigación	108
9. Procedimiento	109

APARTADO III. RESULTADOS

RESULTADOS	112
1. Estadístico Descriptivos: Porcentajes y Frecuencias	113
2. Análisis de Fiabilidad: Alpha de Cronbach	130
3. Validez de constructo: Análisis Factorial Exploratorio	136
4. Análisis de Correlación de Pearson	156
5. Prueba t de Student para muestras independientes	176
6. Análisis de varianza (ANOVA)	191

APARTADO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN	198
CONCLUSIONES.....	217
REFERENCIAS	222
BIBLIOGRÁFICAS.....	222
ANEXOS.....	234
ANEXO I	235
ANEXO II.....	237

RESUMEN

La importancia del estudio de las creencias y actitudes se enfoca en comprender determinadas conductas en los individuos, bajo un contexto de pandemia por COVID-19 se vuelven aún más importantes, por el impacto psicológico y social ante la población en los estilos de vida personal y laboral, por ende, surge la necesidad de conocer cuáles son las creencias y actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala, así como, conocer si existe relación entre ellas, con fin a ello se realizó una investigación de tipo no experimental, correlacional, transversal e intergrupar con un diseño ex-post Facto, con una muestra de 300 médicos y enfermeros (as) de instituciones públicas y 300 de instituciones privadas del estado de Tlaxcala, seleccionada de manera intencional, no probabilística, intergrupo y por cuota, para la recolección de datos se construyeron dos instrumentos sometidos a validez de contenido, específicamente a validez de juicio, [CSEVC-19] para medir las creencias [CSEVC-19] con un $\alpha=.722$, y [ASEVC-19] para actitudes con un Alpha total de .811, la aplicación de los instrumentos de medición consistió de cuatro fases, una vez recolectados los datos, se procedió a realizar los análisis con el paquete estadístico IBM SPSS en la versión 26.2.1. concluyendo que el tipo de creencias en la muestra son de tipo científicas, religiosas y seculares, así como actitudes favorables y desfavorables hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19, existiendo una relación entre ellas.

Palabras clave: Creencias, actitudes, salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19

INTRODUCCIÓN

Es importante señalar que, en el cuidado de la salud, el ser humano debe ser visto como parte de un todo sociocultural y no desvinculado de las condiciones reales de vida y trabajo en las que está inmerso. Por lo tanto, es importante identificar las creencias y actitudes de los responsables del cuidado de la salud, dado que la manera en que se percibe y da sentido a términos como salud y enfermedad explicando el comportamiento y cognición por parte de los profesionales de atención médica, al consultar, orientar y recetar a sus pacientes en general, así como en su vida personal.

En contexto COVID-19 se emplearon diversas medidas sanitarias para la prevención de contagios masivos del virus, como ejemplo, cuarentenas y distanciamiento social provocando impactos psicosociales en la población, sin embargo, los profesionales de la salud, a pesar de estas medidas sanitarias estaban en constante interacción con los pacientes infectados, exponiendo su salud. Gracias al arduo trabajo colaborativo de investigación por parte de la comunidad científica y medica se obtuvieron diferentes tipos de vacunas contra la COVID-19 que ayudan al organismo humana a crear cierto porcentaje de inmunidad y disminución de los síntomas de esta enfermedad.

En la presente investigación el personal médico se refiere a los profesionales responsables del cuidado de la salud y vida de los seres humanos, al igual se resalta su importancia ante su arduo trabajo en las instituciones públicas y privadas durante el inicio y grado más alto del impacto de la pandemia por COVID en el mundo, aunque este trabajo se centra exclusivamente en el estado de Tlaxcala, si bien, las creencias y actitudes presentes en esta muestra explican la manera en la que perciben temas básicos pero complejos como salud y enfermedad, así como el origen y propósito de las vacunas, considerando que la creencia en general es la probabilidad subjetiva de la relación entre un objeto y otro objeto, valor, o atributo, sentando así una base para que los individuos puedan estructurar una concepción de la realidad (Fishbein y Ajzen, 1975), mientras que las actitudes, representa el sentimiento general favorable o desfavorable de una persona hacia algún objeto de estímulo, considerando que cuando una persona forma creencias sobre un objeto, automáticamente y simultáneamente adquiere una actitud hacia ese objeto (Fishbein y Ajzen, 1975).

En psicología social, el estudio de las creencias y actitudes ha creado avances de explicación en la conducta humana, así como el entender el vínculo de relación que tiene el individuo con su entorno, por ello la presente investigación surgió a partir de la necesidad de conocer ¿Cuáles son las creencias y actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala y, existe relación entre ellas?

Y realizada con la finalidad de identificar las creencias y actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 en los profesionales de la salud pertenecientes a instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala.

De tal manera que este trabajo de investigación se encuentra bajo una estructura de apartados: fundamentos teóricos, aspectos metodológicos, resultados, discusión y conclusiones, referencias bibliográficas y finalmente anexos.

Parte I. fundamentos Teóricos. Este apartado se orienta a la recopilación y organización de autores y teorías para explicar a detalle las variables de estudio, dividido por 7 capítulos:

Capítulo I. Creencias. En este capítulo se abordan 4 aspectos fundamentales de las creencias:

Concepto de creencia. Entre los autores presentados, el concepto de creencia determina un comportamiento o sentido mental, la creencia es una verdad subjetiva, una creencia, algo el sujeto cree que es verdad y no debe confundirse con la verdad objetiva, también la creencia en algo o parte de un estado de carácter adquirido que dará lugar a un conjunto de respuestas coherentes, particular en cada persona y está determinada por el objeto u situación impersonal a comprender. (Villoro, 2007; Díaz, 2004). Mientras que Pajares (1992) establece que las creencias representan una verdad personal indiscutible, derivada de la experiencia o de la fantasía, y tienen fuertes componentes evaluativos y emocionales particulares. Abriendo tema a la formación o adquisición de las creencias en general.

Formación de las creencias. En este apartado se abordan los factores internos y externos presentes en los individuos para formar una creencia sobre algo alguien, los autores citados presentan diferentes clasificaciones que explican la formación desde una creencia nueva, así como

la renovación de la información previa hacia algo modificando o concretando la creencia, también destacando que el estudio de la formación de creencias es muy importante, tanto a sí mismo como para entender el proceso de formación y cambio de actitudes, intenciones y comportamientos.

Clasificación de las creencias. Las creencias se convierten en una estructura relativamente estable, y se refiere a los conceptos de cosas, personas, eventos y procesos reales, asumiendo la existencia de estos conceptos (Pepitone, 1991), por tanto, el clasificarlas resulta interesante e importante, ya que no solo se ve a la creencia desde su contenido sino desde la funcionalidad.

Función de las creencias. La función de las creencias son las aproximaciones al mundo real que intentan complacer las necesidades a través de algún tipo de explicación más o menos verosímil. Las creencias tienen como función guiar a través del mundo, también orientan respecto a qué se quiere, sin decir realmente qué y cómo son las cosas, sino quién es uno y a que le prestar atención. Todo el comportamiento humano se aprende y cambia sobre la base de creencias y opiniones basadas en el conocimiento, (Vega-Franco, 2002).

Capítulo II. Actitudes. Este capítulo se divide en 4 subtítulos, respecto a las actitudes:

Concepto de actitud. Esta sección aborda a la actitud como la forma en que una persona se comporta, es el comportamiento que usa un individuo para hacer algo. En este sentido se puede decir que se trata de su forma de vida o forma de actuar, y también se puede considerar como una forma particular de motivación social. Fishbein y Ajzen (1975) consideran que una actitud representa el sentimiento general favorable o desfavorable de una persona hacia algún objeto de estímulo, considerando que cuando una persona forma creencias sobre un objeto, automáticamente y simultáneamente adquiere una actitud hacia ese objeto.

Componentes de las actitudes. Donde se expone que las actitudes tienen tres componentes principales: cognitivo, afectivo y comportamiento. Estos componentes están implícitamente marcados la acción de evaluar al sujeto de la actitud. Y luego la actitud determinada induce a una respuesta particular (abierto o secreto) con una carga emocional que la diferencia.

Formación de las actitudes. Esta subdivisión expone que la formación de actitudes está íntimamente relacionada con las vivencias personales y sociales que tiene un individuo. Dando a conocer diferentes teorías para explicar la formación de las actitudes. Baron et al, (2005) menciona

que las actitudes son adquiridas en situaciones donde existe interacción con otras personas o simplemente a través de la observación a un comportamiento.

Función de las actitudes. Las funciones de las actitudes en los procesos cognitivos, emocionales, conductuales y sociales, son diversos. La función principal resulta ser la cognoscitiva. Las actitudes son la base de los procesos cognitivos y emocionales que tienden a ser percibidos y dirigidos en el entorno. Las actitudes pueden tener funciones útiles, expresivas y socialmente adaptables (como estudios sobre actitudes hacia grupos de referencia, grupos externos) y la autodefensa (un ejemplo clásico es el estudio de Adorno sobre el autoritarismo en la década de 1950). (Katz, 1960).

Capítulo III. Teorías explicativas de las creencias y actitudes. Dentro de este capítulo se abordan 6 teorías en relación a las creencias y actitudes:

Teoría de la Acción Razonada [TAR]. En este subcapítulo, se explica a detalle la intención, componentes y funcionalidad de esta teoría, tomando en cuenta la importancia de las actitudes en relación a las creencias de cierto individuo, considerando que el modelo tiene por objetivo predecir la conducta, es decir, se agrupa en un mecanismo único (considerado esencial) que es la evaluación de la actitud para instaurar la conducta. De todas formas, se considera que hay otras variables relevantes. Entre los elementos de la teoría de la acción razonada, según este modelo, la conducta viene directamente evidenciada por la intención del comportamiento. (Fishbein, 1967).

Teoría de la Acción Planeada [TAP]. El aparato aborda la base de la teoría de la acción planificada de Ajzen (1985), donde identifico como una teoría para analizar los factores relacionados con los comportamientos relacionados a la salud. La teoría asume que la intención de comportamiento, estrechamente relacionada con el comportamiento, a partir de dos factores: El factor personal, es la valoración positiva o negativa para cumplir con el comportamiento, a esto se le llama "actitud", que se asocia con el resultado que uno puede esperar para el rendimiento de la conducta. Y el factor social, es la percepción de la presión social. Todo el mundo está a punto de hacer o no hacer algo específicamente, por este factor que se denomina "auto indicador", relacionado con las creencias de las personas influyentes e importantes entonces en general, cuando

hay creencias y referencias positivas es cuando se cree que son importantes las acciones para los demás, lo que lleva a realizar un determinado comportamiento en base a las creencias y las actitudes. (p.22).

Teoría de la Disonancia. La disonancia cognitiva es una teoría de la psicología social. Se refiere al conflicto psicológico que ocurre cuando las acciones y creencias de una persona no coinciden. También puede ocurrir cuando una persona tiene dos creencias en conflicto. (Festinger, 1962).

Teoría de la Atribución. En la vida diaria, la atribución es algo que se hace todos los días, generalmente sin ser conscientes de los procesos subyacentes y los sesgos que llevan a inferir. Parte de la respuesta tiene que ver con el tipo de atribución que podrían usar en una situación dada. Los sesgos cognitivos también suelen jugar un papel. Las atribuciones que realizas todos los días poseen un gran impacto en cómo te sientes, así como en cómo piensas y te relacionas con los demás (Morales et al, 1996).

Teoría de la Consistencia. En este apartado se identifica a la consistencia como sinónimo de congruencia. Esta teoría expone que para comprender qué es la consistencia cognitiva, se debe entender que las relaciones entre pensamientos, creencias, actitudes y comportamientos pueden generar motivación. Esta motivación puede pensarse como un estado de tensión con características aversión, con capacidad para activar la conducta del sujeto y reducir la tensión (Van Kampen, 2019).

Teoría de la Equilibrio. La teoría del equilibrio es una teoría motivacional que explica el cambio percibido. Su idea básica es que las personas traten de mantener un equilibrio a largo plazo en los valores y creencias, y que cualquier desequilibrio que amenace la situación siempre se resuelva de la forma que requiera el menor esfuerzo posible (Heider, 1958). Por otra parte, interesa señalar que las situaciones de consistencia o equilibrio cognitivo no son necesariamente situaciones de salud mental o social óptimas, como pueden ser actitudes equilibradas o cognitivamente congruentes

Capítulo IV. Salud. El capítulo se divide en 5 subtítulos para explicar a la salud desde los diferentes tipos de percepción:

Concepto de Salud. La idea del significado de salud depende de la interacción de muchos factores sociales, religiosos, políticos, económicos, culturales y científicos. En términos generales la definición de la salud es representada como “un estado de equilibrio funcional, tanto mental como físico, propicio a la integración dinámica del individuo en su entorno natural y social (Quintero, 2007).

Tipos de Salud. El apartado explica los múltiples factores relacionados a la salud como lo es la salud mental, física y social. A parte de las diferentes categorías realizadas por la Organización Mundial de la salud.

Visión científica de la salud. Donde se aborda la estrecha relación entre la ciencia sobre los avances de la salud, debido a que las ciencias de la salud y las ciencias sociales han abandonado estas metáforas tradicionales y se han sumado a la tradición científica en favor de apoyar el desarrollo de varias ciencias independientes que constituyen, cada una, un recorte específico de la realidad. Esta postura está de origen, entre el conocimiento de los grupos sociales y sus condiciones de vida, sus sentimientos su desarrollo futuro, es donde se muestra que una visión de la investigación se centra en los conceptos básicos de la biología y la química.

Visión religiosa de la salud. Por otro lado, las creencias religiosas regulan comportamientos como los alimentos, socializar, consumir drogas y lidiar con enfermedades (salud de una persona). La psicología puede abordar el fenómeno psicológico existente que vincula la práctica religiosa con la salud, ya que varios estudios muestran una relación entre las creencias religiosas y la salud. (Carrasco-Rodríguez, 2017).

Promoción de la salud. La promoción de la salud fomenta cambios ambientales que ayudan a promover y proteger la salud. Estos cambios incluyen ajustes a las comunidades y sus sistemas, como programas para garantizar el acceso a los servicios de salud o políticas para crear parques para la actividad física y la convivencia de las personas. La promoción de la salud implica un

enfoque colaborativo diferente: basado en la población, participativo, específico de la industria, sensible al contexto y opera en múltiples niveles.

Capítulo V. Enfermedad. Se aborda el tema en un solo subtítulo dividido en la visión científica y religiosa.

Concepto de enfermedad. El capítulo aborda a la enfermedad como un estado anormal (patológico) que predispone al cuerpo a resultados adversos, perjudiciales y tratables. Se opuso a la "visión" naturalista y estaba ingenuamente interesado solo en describir la naturaleza, en la que confundía objetos conceptuales con objetos fácticos. Desde la postura de Ortiz (1998) es citado por González (2004), "La religión juega un papel especialmente importante en su función de apoyo a la salud" (p. 7). La religión permite a las personas abrazar el proceso de envejecimiento, la enfermedad, el dolor, la esperanza y los sentimientos más allá de la vida y de la muerte de una manera más positiva y asequible. De esta forma, los fortalece y mantiene una autoestima más alta en comparación con quienes no son religiosos.

Capítulo VI. COVID-19. Se aborda información básica de la COVID-19. Así como su propagación mundial, nacional y estatal, abordando la estrategia de vacunación para

Aspectos generales de la COVID-19. El COVID-19 es una enfermedad respiratoria altamente contagiosa causada por el virus SARS-CoV-2. Se cree que el virus se propaga de persona a persona en gotitas que se propaga cuando una persona infectada tose, estornuda o habla (NIH, National Cancer Institute 2021). A grandes rasgos, este capítulo aborda su estructura biológica y química, los síntomas y tratamientos empleados para la cura o prevención del virus.

Contexto de la andemia de coronavirus COVID-19. Este apartado se extiende desde el primer caso del mundo hasta el progreso de su propagación, abarcando índices poblacionales de contagios y muertes a causa del virus, se presenta desde la dimensión mundial hasta la estatal.

Estrategia de vacunación contra la COVID-19. En este capítulo se aborda a la vacunación en un total de tres subdivisiones:

Características generales de la vacunación. El apartado describe el propósito de las vacunas, rescatando que las vacunas activan las defensas naturales del cuerpo, lo que les permite

aprender a combatir infecciones específicas y fortalecer el sistema inmunológico, al mismo tiempo se explica el funcionamiento detallado después de la aplicación de las vacunas en el cuerpo humano.

Clasificación de las vacunas para el COVID-19. En esta división se da a conocer el listado de las vacunas emergidas por la OMS para la aplicación mundial, así como las características particulares de cada dosis.

Aplicación de la vacuna en Tlaxcala contra la COVID-19. Concluyendo con el tipo de vacunas seleccionadas y aplicadas en la población tlaxcalteca, de acuerdo al informe presentado por el ministerio de salud, también, se abarcan el tipo de dosis, características y contraindicaciones de cada una, así como el porcentaje de efectividad y las características de pues de ser vacunado contra la COVID-19.

Apartado II. Aspectos Metodológicos. Dentro de este apartado se describen los elementos de la metodología empleada para la construcción empírica de la investigación.

Esta investigación se basó en identificar, ¿Cuáles son las creencias y actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala y, existe relación entre ellas?, con la intención de identificar las creencias y actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 en los profesionales de la salud pertenecientes a instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala; la hipótesis presentada plantea que las creencias hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 son de tipo científico y religioso. Las actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 son favorables. Existe una relación entre creencias y actitudes presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala. Siendo una investigación de tipo no experimental, correlacional, transversal e intergrupar con un diseño ex-post Facto. Se trabajó específicamente con las Variables Dependientes (VD). Creencias y actitudes, y por parte de la Variable independiente (VI) fue la formación profesional en atención médica y para las Variables sociodemográficas (VS), se eligió al sexo, estado civil, edad, institución médica y profesión. Dentro de la población de atención médica se seleccionó a la muestra de manera intencional, no probabilística, intergrupo y por cuota, con 300 médicos y enfermeros (as) de instituciones públicas y 300 médicos y enfermeros (as) de privadas

del estado de Tlaxcala. Para la recolección de datos se construyeron dos instrumentos de medición, uno para creencias y el segundo para actitudes, con la finalidad de identificar con mayor precisión las creencias y actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala. El instrumento de creencias hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 [CSEVC-19], se construyó a base de una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta ([1] *Totalmente en desacuerdo*, [2] *En desacuerdo*, [3] *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*, [4] *De acuerdo*, [5] *Totalmente de acuerdo*), compuesta por 3 categorías de estudio, 6 subcategorías y 34 ítems con un $\alpha=.722$. Respecto a la medición y evaluación de las actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 [ASEVC-19], se construyó una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta ([1] *Totalmente en desacuerdo*, [2] *En desacuerdo*, [3] *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*, [4] *De acuerdo*, [5] *Totalmente de acuerdo*), compuesta por 3 categorías de estudio, 6 subcategorías, 30 ítems con un Alpha total de .811; ambos instrumentos fueron sometidos a validez de contenido, específicamente a validez de juicio.

Apartado III. Resultados. En este apartado se describen a detalle, los resultados obtenidos por parte de los instrumentos a través del paquete estadístico IBM SPSS en la versión 26.2.1. A modo de síntesis se dan a conocer los resultados:

Se aplicaron diversas pruebas estadísticas, como: estadísticos descriptivos para describir y analizar desde porcentajes y frecuencias los datos presentes en la muestra; Análisis de Fiabilidad: Alpha de Cronbach, pudiendo identificar el grado en que los ítems mantienen consistencia interna, para determinar su confiabilidad en los instrumentos aplicados a los profesionales de la salud en instituciones públicas y privadas del Estado de Tlaxcala; el tercer estadístico fue Análisis Factorial Exploratorio, con el fin de encontrar factores homogéneos capaces de explicar el máximo de información obtenida en los datos de las escalas; seguido del Análisis de Correlación de Pearson, determinando si existe una relación entre las creencias y actitudes ante la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19; y finalmente, se aplicó Prueba t de Student para muestras independientes y ANOVA de un solo factor para identificar las correlaciones entre los instrumentos CSEVC-19 y ASEVC-19 con las variables sociodemográficas. La anova se utiliza para buscar diferencias

Apartado IV. Discusión y conclusión. *Discusión.* Tras realizar los análisis estadísticos, las creencias de tipo científicas, religiosas y seculares, así como actitudes favorables y desfavorables estuvieron presentes en el personal de atención médica tanto de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala ante los temas de salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19.

Cumpliendo con el objetivo principal, se identifica una correlación entre creencias científicas, religiosas y seculares; una más entre actitudes favorables y desfavorables, así como una correlación estrecha y significativa entre las creencias y actitudes ante la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19.

También se obtuvo una correlación entre las variables sociodemográficas con las creencias y actitudes, destacando que las instituciones médicas donde labora el personal de salud es un factor o variable que determina el tipo de creencias y actitudes.

Conclusión. Los profesionales de la salud tienen un esquema de creencias adquirido a través de su formación académica, práctica profesional y experiencias personales, justificando de esta manera esta doble postura o vía de explicación en función al origen la salud, enfermedad y propósito de las vacunas contra la COVID-19, comprobando que existe relación entre las creencias presentes en los profesionales de la salud.

También se identificó una correlación entre sus actitudes, destacando que la mayoría se identificó como actitud favorable ante el cuidado de la salud y prevención de enfermedades, también en su mayoría fue evaluada de manera favorable las actitudes sobre la vacuna contra COVID-19, aceptando la aplicación de las diferentes dosis y mantener en práctica los protocolos y estrategias que implementan las instituciones médicas del estado de Tlaxcala en su personal médico, también se presentan actitudes en los estilos de vida y hábitos personales, como alimentarse con una dieta balanceada, acudir al médico y seguir estrictamente las indicaciones para la eficacia del tratamiento.

Referencias Bibliográficas. En este apartado se ubican las fuentes de información consultada y utilizada para la presente investigación, en forma de listado de acuerdo al orden alfabético.

Anexos. Por último, se presenta el instrumento de creencias hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 [CSEVC-19] y el instrumento de actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 [ASEVC-19], con el formato de aplicación física al personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala

El estudio de las creencias y actitudes en la población médica en contexto COVID-19 refleja el tipo de esquema cognitivo que mantienen, siendo profesionistas con una formación académica muy compleja basada principalmente en la ciencia, y la responsabilidad que le otorga la sociedad a estas figuras del sector salud generan en ellos pensamientos y conductas que muchas veces contradicen tanto sus creencias y actitudes personales con las profesionales.

El sistema de creencias en el personal de salud tanto de instituciones públicas y privadas determinan la forma de asumir la realidad, de esta manera las creencias presentes en ellos les permiten tomar decisiones y evaluar su contexto desde la perspectiva de sus creencias, en este sentido, al presentar creencias científicas, seculares y religiosas la función de estas en ellos crea una vía de explicación o solución tentativa a incógnitas que rodean su existencia como lo plantea Quintana (2001).

APARTADO I.
FUNDAMENTOS TEÓRICOS

CAPÍTULO I. CREENCIAS

Revisar las nociones de creencias y prácticas en el cuidado de la salud como expresiones culturales es considerar los aspectos necesarios para brindar una atención culturalmente apropiada, más humana y más eficiente por parte del personal de atención médica. A partir del concepto de creencias, el conocimiento del mismo es una creación humana que influye y da forma a las creencias y prácticas de las personas, en los cuales se han revisado algunas definiciones del concepto desde la psicología social, la antropología, la sociología y la enfermería intercultural. Es importante tener en cuenta los aspectos psicológicos en el cuidado de la salud de las personas y promover la consecución de los objetivos terapéuticos

1.1 Concepto de creencia

Escritores como Descartes, Hume y Locke postulan que la creencia es un concepto de comportamiento mental con cualidades especiales. "Para Descartes, creer es un acto de voluntad, un sentimiento especial para Hume y un acto de consentimiento para Locke" (Villoro, 1982, p. 25). Por otro lado, ya sea en la línea fenomenológica de Husserl o de James-Russell, la creencia se considera un evento psicológico. Husserl se refirió a la creencia como la naturaleza de un comportamiento llamado "posición", Russell lo entendió como una actitud proposicional subjetiva. Pero todos estos autores definen las creencias en el sentido mental, pues para ellos, "la creencia es un sentimiento o comportamiento de una cualidad específica que se da en la mente del sujeto" (Villoro, 1982, p. 27); por tanto, solo en la conciencia del sujeto o mente, tal evento puede suceder.

La creencia no consiste en realizar un comportamiento especial, sino en poder realizar una variedad de comportamientos en diversas situaciones. Por eso, Gilbert Ryle (como se citó en Putnam, 1957) insistió en su libro "Psychological Concepts" que creer es una tendencia a hacer algo, pero no necesariamente tiene que ser lo actual. Creer que el fuego tiene ciertas características significa que una persona se comporta justo frente a una hoguera, puede distinguir entre llamas y pinturas, y ser capaz de utilizar la palabra fuego en diferentes situaciones; sin embargo, esto no significa que se sea consciente de ello. De los autores citados para el primer concepto de creencia, solo Husserl afirmó que una creencia puede estar latente, como la creencia de que el suelo sobre el que camina el hombre no se hundirá, al no estar presente en este momento, debido a este retraso, se puede mover por el mundo. Pero estas creencias no son acciones o eventos conscientes, sino tendencias conscientes o inconscientes de cada persona. (Villoro, 1982).

Por ello si la creencia es una cualidad especial de la conciencia, entonces nadie puede comprender sus creencias tocando la conciencia del otro; por lo tanto, por ejemplo, si una persona dice que es insegura y no ha realizado ningún consentimiento ni ninguna "postura", y cree que está obligado a aceptar lo que dijo, es imposible demostrar lo contrario.

Asimismo, la confianza no puede ser una creencia o un sentimiento de seguridad, aunque la voluntad y la emoción son condiciones para que surja la confianza y la creencia. Como resultado, las creencias religiosas, políticas o morales suelen ir acompañadas de sentimientos de seguridad o firmeza; las creencias científicas no lo son necesariamente. Creer que un triángulo se compone de dos ángulos rectos, generalmente no viene acompañada de sentido de apego. Otro ejemplo ilustrativo es cuando un niño tiene miedo de reprobado un examen porque no ha estudiado; sin embargo, cree que la mayoría de sus respuestas serán negativas con ningún sentido de confianza en sí mismo o seguridad. Entonces, como afirmó David Hume citado en Villoro (1982) ni un sentimiento firme ni un acto de voluntad son condiciones necesarias para la fe.

Por lo tanto, las creencias no pueden ser solo comportamientos de conciencia mental privados o internos a los que otras personas no pueden acceder, porque las creencias no pueden mencionarse con las más pequeñas características de objetividad o efectividad.

Con la firme postura y consistencia de que la creencia en algo o parte de un estado de carácter adquirido que dará lugar a un conjunto de respuestas coherentes, particular en cada persona y está determinada por el objeto u situación impersonal a comprender. (Villoro, 2007). Por otra parte, se encuentra a García (2009):

Cuando las creencias se utilizan como un medio relativamente estable de aceptación de la realidad en una base para esclarecer la realidad, que pueden servir de soporte. En este sentido, la creencia es el eje que permite comprender la realidad, y la información sobre el objeto que mantiene el mismo y que no tiene que ser verdadera para ser reconocida como verdadera. El sujeto puede retener la imagen de la realidad sin ninguna base científica para probar su creencia; de manera similar, puede enfrentar argumentos que son contrarios a su concepto, pero aun así continuar creyéndolo. Las creencias se aceptan como cosas reales porque se basan en la existencia y experiencia del ser humano y sirven como fundamento de la vida. (p. 23).

En este caso, no importa de dónde venga la creencia, simplemente al afirmar que tiene un lugar en el sistema de creencias de los seres humanos se les da fe y la necesitan para explicar constantemente lo que sucede a su alrededor. El contenido de sus creencias es más o menos libre de elegir, dependiendo de la satisfacción que esta produzca. (Díaz, 2004).

Nombrar los activos intangibles es un asunto muy complicado y subjetivo. Por este conocimiento, en algunos casos, el concepto de creencia está fraccionado (Pajares, 1992) y, a pesar de amplias investigaciones, su definición sigue estando en controversia.

Sin embargo, hay diferentes autores en la literatura que han intentado definir específicamente qué es una creencia. Para Fishbein (1967), es la creencia que representa la información de una persona sobre un objeto, que está asociada con ciertos atributos, y es una hipótesis de probabilidad o no probabilidad relacionada con la naturaleza del objeto y su relación con otros objetos. En esta línea, Fishbein y Ajzen (1975) creen que:

En general, las creencias se refieren a los juicios probabilísticos subjetivos de una persona sobre algún aspecto de su mundo que se puede ver claramente; cuando se trata de su comprensión de sí misma y de su entorno. Específicamente, la creencia se define como el objeto de la creencia y otros objetos, valores y conceptos. O la probabilidad subjetiva de la relación entre atributos. Esta definición significa que la formación de creencias implica establecer conexiones entre dos aspectos del mundo personal (p.131).

En este orden de ideas, Pajares (1992) establece que las creencias representan una verdad personal indiscutible, derivada de la experiencia o de la fantasía, y tienen fuertes componentes evaluativos y emocionales particulares. El autor enfatiza la carga emocional de la creencia porque está relacionada con las preferencias, inclinaciones y líneas de acción del sujeto. Por tanto, las creencias pueden mostrar aspectos emocionales personales. Las creencias son la construcción psicológica de la experiencia; integradas en planes o conceptos que aún son correctos pero que pueden ser cuestionados en el futuro; abarcan todos los temas donde no hay un conocimiento preciso pero la confianza suficiente para actuar, por lo que sirven como guías para la conducta. Así mismo los autores como (Dewy, 1984; Sigel, 1985, citado de Latorre y Blanco, 2007). Según esta proposición, Villoro (1996) cree que las creencias o los sentimientos firmes no pueden definir las

creencias, al menos para actuar de acuerdo con ellas, y debe cumplirse con una condición de disposición.

Por ello se expresa que las creencias se forman muy temprano, permanecen inalteradas frente a las contradicciones provocadas por la razón, el tiempo, la doctrina o la experiencia, que se adquieren a través de experiencias, valores y vivencias en el proceso de aprendizaje asociativo, además, tienen un origen cultural porque se basan en la interacción social formalmente construida; son producto de la construcción del mundo, los humanos los usan para tomar decisiones, recordar, explicar, predecir y controlar eventos. Pueden ser consideradas como verdades personales indiscutibles, con particularidad, y tienen muchos valores emocionales y elementos de evaluación en la memoria episódica (Nespor, 1987; Pajares, 1992; Solar y Díaz, 2009).

Las creencias propiamente dichas tienen una gama de valores tan importantes que constituyen una ética que prueba y juzga la práctica social. Se plantean hipótesis no por verificación lógica, sino por consistencia; no se sospecha, y repiten argumentos aprendidos mecánicamente para defenderlos; producen certeza psicológica y sienten cuando son cuestionados se produce angustia y se dan por sentado y se difunden mediante símbolos (Arispe, 1989).

1.2 Formación de las creencias

Dentro del marco conceptual, las creencias sobre los objetos proporcionan una base para formación de actitudes hacia los objetos, y se ha demostrado que las actitudes generalmente se miden evaluando las creencias de una persona. Aunque las personas a menudo reconocen la importancia de las creencias (Thurstone, 1931; Cronkhite, 1969; Ostrom, 1968; Rokeach, 1968; Scheibe, 1970), refieren sorprendentemente, que la investigación en el campo de las actitudes rara vez se centra en la adquisición o formación de creencias evidentemente, para explicar la formación y el cambio de actitudes e intenciones, es necesario estudiar el proceso de formación de las creencias.

Una fuente obvia de información sobre esta relación es la observación directa. En otras palabras, una persona puede percibir (a través de cualquiera de sus sentidos) que un objeto dado tiene un determinado atributo.

Sin embargo, el estudio de la formación de creencias es muy importante, tanto a sí mismo como para entender el proceso de formación y cambio de actitudes, intenciones y comportamientos. El enfoque se basa esencialmente en un modelo de procesamiento de información. Las creencias de una persona representan la información que tiene sobre sí misma y su entorno social y físico. (Fishbein y Ajzen, 1975).

Las creencias son principalmente pensamientos de memoria sobre cómo es el mundo y cómo se debe actuar. En concreto, son esquemas cognitivos, un sistema de relaciones entre conceptos que aparecen en la memoria; en síntesis, se pueden utilizar tres procesos diferentes como base para la formación de creencias. Primero, la conexión entre O y X se puede establecer activamente sobre la base de la observación directa (creencia descriptiva). En segundo lugar, la conexión entre O y X se puede establecer activamente mediante el proceso de inferir de otras creencias acerca de O (en una creencia diferencial). Finalmente, una fuente puede establecer un vínculo entre O y X, y puede aceptar el vínculo (creencia de información), (Cuesta, 2021).

1.3 Clasificación de las creencias

Entre la clasificación de creencias propuestas por Pepitone (1991, 64-69), se dividen en cuatro categorías, la primera pertenece al orden natural-material, "... se refiere a cosas que existen en el mundo material, o pueden definirse como cosas materiales en un cierto nivel de análisis." En esta se incluyen las creencias científicas, históricas y sociales, para la segunda se distinguen como creencias sobrenaturales, donde se encuentran las creencias religiosas, estas incluyen "objetos y lugares sagrados así como eventos sobrenaturales...las creencias versan sobre deidades, la obediencia a leyes divinas y eficacia del rezo", las creencias seculares sobrenaturales también forman parte de la segunda clasificación, en ellas se aborda al destino "...considerado como un poder impersonal que es parte de un sistema cósmico", la brujería "... refiere a poderes sobrenaturales que son practicados por personas extraordinarias a través de trances, maldiciones, conjuros y ... magia negra", suerte "se expresa en términos de supersticiones populares dependientes de cada cultura.", y la casualidad considerada como los "eventos que le pudieron haber sucedido a cualquiera ... circunstancias no controlables." La tercera categoría son las creencias psicológicas, "refieren a procesos mentales o estructuras de uno mismo y otros que determinan o facilitan ciertos resultados.", finalmente las creencias morales como la cuarta

categoría, estas “tienen que ver con los estados de bondad y rectitud y como lograr dichos estados.”, es decir, se distingue por la aplicación de lo justo en la sociedad.

Así mismo Thompson (1992, p. 130) considera que la creencia es un concepto porque define la creencia como "una estructura mental más general que contiene creencias, significados, conceptos, proposiciones, imágenes mentales y preferencias". Ponte (1994, p. 199) define un concepto como “el esquema básico de organización conceptual, esencialmente cognitiva”.

Mientras que. Fishbein y Ajzen (1975) señalan tres tipos de creencias, según su origen:

- 1. Creencias descriptivas:** Proviene de la observación directa, especialmente la experiencia, del contacto personal con los objetos, estas creencias tienen un alto grado de certeza porque son constantemente verificadas por la experiencia, y suelen tener una influencia importante en las actitudes personales.
- 2. Creencias inferenciales:** Se originan a partir de relaciones previamente aprendidas o del uso de sistemas de codificación formales, en cualquier caso, la base de las creencias inferenciales es siempre algún tipo de creencia descriptiva.
- 3. Creencias informativas:** como sugiere el nombre, provienen de información del exterior: otras personas, redes sociales, del entorno, de las vivencias y experiencias particulares entre otras.

En resumen, las creencias se originan a partir de la experiencia, la observación directa o la información, a veces inferida de otras creencias. El sistema de creencias de las personas y grupos humanos determina la forma de asumir la realidad, lo que se traduce en una voluntad de actuar basada en razonamientos establecidos.

Las creencias se convierten en una estructura relativamente estable, que representa la existencia de los individuos más allá de su percepción directa, y se refiere a los conceptos de cosas, personas, eventos y procesos reales, asumiendo la existencia de estos conceptos (Pepitone, 1991). También pueden considerarse los juicios probabilísticos subjetivos sobre la relación entre el objeto de la creencia y los valores, conceptos o características relacionados con la comprensión de las personas y el mundo. (Fishbein y Ajzen, 1975). En este sentido, la creencia es la interpretación que

las personas hacen de los eventos, a través de esta interpretación, la información de los mundos interno y externo se ajustan y organizan en una estructura organizada que resuelve la realidad, para que puedan tomar decisiones sobre lo que se esperar. (Bachman, Osses y Schiefelbein, 2012; Dorantes, 2009).

Para Villoro (2008), la creencia se puede entender a partir de dos conceptos: el primero es considerar la creencia como una especie de evento psicológico, que es una proposición, acompañada de su realización en la conciencia subjetiva y privada, por lo que solo hay sujeto Accesible; el segundo concepto define las creencias como una tendencia que las creencias conducen a conductas que se creen verdaderas, lo que significa expresar una serie de expectativas como hipótesis para estandarizar conductas previas en el mundo y la relación con el entorno.(p.34).

Por tanto, las creencias operan como un código de conducta en determinadas circunstancias, es decir, las creencias "ordenan" al sujeto para que reaccione de determinadas formas, pero no de otras. Por tanto, la creencia es el estado interno del yo, determina la estructura general del comportamiento cuando gobierna y dirige la acción (Villoro, 2008).

En la creencia es una verdad subjetiva, una creencia, algo el sujeto cree que es verdad y no debe confundirse con la verdad objetiva, esta última por ello la correspondencia en la teoría del conocimiento es el concepto de conocimiento.

De esta forma, las creencias, son enunciados, valore y juicios, darán lugar a manifiestos sobre un objeto que, aparte de su validez, serán considerados verdaderos, es decir, creencias que aportan propiedades sobre un objeto. Un objeto y el otro tienen el menor nivel de confianza. Por lo tanto, no proviene de evidencia ambiental o conductual, sino que la precede y la comprende (Dorantes, 2009; Dilts, 2003).

Un aspecto importante de las creencias es que no pueden observarse ni medirse directamente (Llinares, 1995) porque involucran aspectos cognitivos (Park, 2012). Por tanto, sólo pueden realizarse mediante la expresión o ejecución externa de pensamientos y conceptos, se realizan mediante una doble secuencia de valoraciones positivas o negativas de un objeto: primero, se establece una relación probabilística entre el sujeto y el objeto. Algunos de sus atributos; según los resultados de la evaluación, es la connotación positiva o negativa del atributo.

1.4. Función de las creencias

La función de las creencias son las aproximaciones al mundo real que intentan complacer las necesidades a través de algún tipo de explicación más o menos verosímil. Las creencias tienen como función guiar a través del mundo, también orientan respecto a qué se quiere, sin decir realmente qué y cómo son las cosas. Todo el comportamiento humano se aprende y cambia sobre la base de creencias y opiniones basadas en el conocimiento, (Vega-Franco, 2002).

En muchos casos, las creencias compartidas permiten interacciones sociales más agradables, lo que crea un sentido de pertenencia. Incluso logran utilizar la idea de establecer un cierto modelo dentro de un grupo, al igual que muchas religiones formadas en civilizaciones antiguas. En el fondo, la fe es una de las más fuertes creencias, es un intento de calmar el padecimiento de vivir en un mundo que no tiene más sentido que el que se le otorga, (Vega-Franco, 2002).

Como anteriormente se mencionó, las creencias tienen una función en la vida de los seres humanos y, al igual que en las definiciones, se encuentran distintas funciones que han rescatado algunos autores respecto a la relevancia de estas en la vida de una persona. Quintana (2001) señala que:

Dentro de las funciones de las creencias está el poder dar tentativas de solución y de orientación a los problemas que rodean la existencia de un individuo. Así mismo, es importante mencionar que una persona en momentos de crisis o frustración tiene por reacción natural, un impulso a forjar creencias (p. 20).

Mientras que Pepitone (1991) se refiere a las funciones en las creencias, se enfoca en aquellas funciones psicológicas que van a tener un control valioso en cada individuo, estas funciones van a tener efectos en cuatro aspectos:

- Emocional: Éstas van a tener control sobre las emociones, proporcionando en el individuo, desde emociones negativas (enojo, miedo, incertidumbre, etc.) hasta positivas (amor, esperanza, etc.)

- **Cognitivo:** Nos habla de una modificación la estructura del pensamiento para controlar la vida del ser humano, es decir, van a equipar para cierto tipo de acontecimientos a la hora de encontrar cierta lógica en ellos.
- **Moral:** Aquí se harán inferencias a nivel individual y grupal, que permitirán o negarán acciones a través de la valoración del bien y el mal.
- **Grupal:** A través de la comunicación de ciertas creencias en grupo, se va a crear un vínculo el cual le va a dar a los integrantes una identidad en común.

Aunado a esta clasificación se encuentra a Dilts et al, (1996) quienes señalan 3 tipos de creencias, donde lejos de ser una clasificación de acuerdo a la adquisición de ellas, plantean una clasificación acerca de las consecuencias que consigo traen las creencias, es decir, la intención que tienen para determinar tanto a los individuos como sus conductas:

- **Creencias sobre la causa:** Se refiere a toda aquella valoración o atribución que se hace respecto al origen de las cosas, fenómenos o situaciones que se observan, pero que de igual manera son ellas quienes conducen al individuo a comportarse de tal o cual manera, ya que en el momento en que se cree algo, las acciones de la persona irán orientadas a permitir que estas ocurran o dejen de ocurrir.
- **Creencias sobre el significado:** De igual forma, así como se observa en la causalidad, también se muestra una atribución hacía aquellas cosas, objetos, aspectos o situaciones que se desconocen, pero que, de acuerdo con las experiencias y el sentido común de las personas, los orientan a dar una interpretación acerca de aquellos aspectos que buscan conocer, y que de esta manera constituye una congruencia en los comportamientos entre la creencia y el significado atribuido.
- **Creencias sobre la identidad:** La identidad engloba tanto a la causa, el significado y los límites que se impone un individuo para actuar. De

esta forma a pesar de que tener ciertas creencias sobre la causa y el significado de las cosas, el individuo construye un pensamiento mediador acerca de las cosas que él cree poder realizar de acuerdo a sus características, miedos y posibilidades, es decir, aquellas condiciones que encajan con su identidad.

Las creencias tienen una función normativa en nuestra vida, ya que van a regir nuestra forma de actuar y comunicarnos en un ambiente más social, de forma que nuestras relaciones, se verán influenciadas por las mismas a la hora de comunicarnos con los que nos rodean.

CAPÍTULO II. ACTITUDES

Las actitudes son parte de la vida y de los comportamientos. Todos aprenden y entienden de ellas con las interacciones sociales, a través de diversas experiencias de socialización. Como se sabe, el hecho de que sean capaces de cambiar no significa que todas las situaciones sean iguales. Algunos cambiarán a lo largo de la vida, pero otros lo harán en función a otra información, vivencia o experiencia personal o hacia otros grupos, las experiencias personales pueden cambiar las actitudes, así como el progreso que conozcan con las novedades. Los profesionales de la salud intentan constantemente cambiar actitudes o incentivos. (Heider, 1946):

Por tres razones principales:

- 1) Existe evidencia de que las actitudes influyen en los pacientes, tanto en la comunicación verbal y no verbal.
- 2) Las actitudes de los pacientes están estrechamente relacionadas con su salud y adherencia al tratamiento.
- 3) Conocer las variables asociadas con el cambio de situación proporcionará una solución más convincente y eficaz.

2.1 Concepto de actitud

Las actitudes juegan un papel importante en la psicología social, ya que se refieren a aquellas “evaluaciones de prácticamente cualquier aspecto del mundo social, desde un punto favorable o desfavorable hacia temas, ideas, personas, grupos sociales u objetos.” (Baron et al,2005, p.122).

Fishbein y Ajzen (1975) consideran que una actitud representa el sentimiento general favorable o desfavorable de una persona hacia algún objeto de estímulo, considerando que cuando una persona forma creencias sobre un objeto, automáticamente y simultáneamente adquiere una actitud hacia ese objeto.

Así mismo Young et al. (1967) define la actitud como una tendencia adquirida, algo general, a reaccionar en un tono emocional, a responder de una manera bastante consistente y característica, generalmente positiva o negativa (a favor o en contra), en relación con un situación o idea, valor, objeto o clase.

Según Allport (1935), una actitud se define como un estado mental y neutral preparado para responder y organizado por la experiencia, lo prescriptivo o dinámico en términos de comportamiento, relativo a todas las cosas y situaciones con las que se relaciona, esta definición confirma que la situación no es comportamiento actual, es un compromiso previo, es preparar respuestas conductuales a los estímulos sociales.

La actitud es la forma en que una persona se comporta, es el comportamiento que usa un individuo para hacer algo. En este sentido se puede decir que se trata de su forma de vida o forma de actuar, y también se puede considerar como una forma particular de motivación social - de carácter secundario, en comparación con la biología de la motivación, de categoría mayor. La actitud fortalece el trabajo y lo orienta hacia metas y objetivos específicos.

La actitud es la consistencia de las respuestas, en la que se dice que la principal característica que distingue una situación de otros conceptos es su carácter evaluativo o emocional. De hecho, se cree que la influencia es la parte más importante del concepto de actitud. Según Thurstone (1931), la actitud se puede conceptualizar como la cantidad de afecto hacia o en contra de algo. Por tanto, se sugiere que la situación se mida a través de un proceso que coloque al sujeto en una dimensión motivacional o le dé una valoración bipolar de un sujeto en particular.

La identificación clara de la actitud parece ser el requisito mínimo para desarrollar procedimientos de medición válidos. Según el concepto actual de filosofía de la ciencia, el significado de un concepto está determinado por su relación con otras estructuras de la red teórica. Por lo tanto, los investigadores pueden proporcionar definiciones claramente diferentes de la situación. Sin embargo, si en su teoría de la actitud revela su acuerdo sobre las relaciones entre las actitudes y otros conceptos, como la confianza, la ansiedad, la inteligencia, la edad, el compromiso, etc., se podría argumentar que el término actitud es un concepto específico en lo que se refiere a otros constructos de la red teórica. Se puede decir que el término "actitud" tiene el mismo significado para ambos investigadores. Aunque el significado de un concepto como actitud sólo aparece de manera particular. (Young et al, 1967).

Como parte de la teoría general, una definición conceptual clara de las actitudes puede ser útil, ya que sugiere procedimientos para medir (o tratar) las actitudes. La definición de conceptos apropiados debería conducir a procedimientos de medición que la mayoría de los investigadores

consideran cantidades aceptables del concepto en cuestión. Por lo tanto, se puede sugerir que las definiciones de conceptos son más útiles cuando proporcionan una base suficiente para el desarrollo de procedimientos de medición sin intentar explicar el significado conceptual del concepto.

Sin embargo, como señala Miller (1981), "los psicólogos sociales a menudo intentan hacer de su definición de la situación una definición [conceptual] y una teoría del concepto de actitud" (p. 4). Por ejemplo, la mayoría de los investigadores probablemente estarían de acuerdo en que una actitud puede describirse como una disposición aprendida para responder de manera sistemática o desfavorable a una audiencia en particular. Simplemente tiene la intención de enmascarar las diferencias proporcionando una descripción con múltiples interpretaciones. Una visión más cercana a la descripción revela algunas actitudes fundamentales. Hay tres características básicas: la idea de que las situaciones se aprenden, la noción de que la actitud se aprende, que predispone a la acción y que dichas acciones son consistentemente favorables o desfavorables hacia el objeto.

2.2 Componentes de las actitudes

Las actitudes tienen tres componentes principales: cognitivo, afectivo y comportamiento. El componente cognitivo de una actitud representa su descripción o estructura mental de cómo funcionan las cosas. El componente emocional es el componente del sentir y las emociones en su expresión, y el comportamiento la conducta, la actuación el proceder de cada persona (Rodríguez et al, 1989)

Así mismo Briñol et al, (2007) acentúa que la actitud se halla formada por diferentes elementos principales que son:

- **Componente cognitivo.** La existencia de la situación se complementa con la presencia de un esquema cognitivo que el yo crea por sí mismo. Este modelo consta de percepciones hacia un objeto en cuestión, así como creencias y declaraciones pasadas sobre ese objeto. Este factor también puede entenderse como un modelo de la actitud esperada hacia el valor. Los estudios de Fishbein y Ajzen, (1975) sobre esta base afirman que "un sujeto sin ningún tipo de datos o información, nunca puede crear situaciones en un individuo". (p.236).

- **Componente conductual.** Según Briñol et al, (2007) los factores conductuales son siempre factores positivos. Además, lo definió como la corriente actitudinal que ocurren al interactuar con un objeto de una determinada manera.
- **Componente afectivo.** A diferencia de los factores conductuales, los factores emocionales incluyen sentimientos que se expresan, ya sean positivos o negativos, frente a un ser social. También ofrece una perspectiva comparativa entre creencias y opiniones, que siempre se distinguen por sus aspectos epistemológicos. (Briñol et al, 2007)

Todos los componentes de las actitudes están implícitamente marcados la acción de evaluar al sujeto de la actitud. Y luego la actitud determinada induce a una respuesta particular (abierto o secreto) con una carga emocional que la diferencia. Frecuentemente estos componentes que son idénticos entre sí y están estrechamente relacionados; la conexión entre estas dimensiones y los componentes cognitivos, emocionales y conductuales pueden ser antecedentes de las actitudes pionera, pero hay reciprocidad, estos componentes pueden considerarse una consecuencia. Comportamientos Las actitudes antes la acción, pero la acción crea / refuerza la situación correspondiente (Bolívar, 1995).

2.3 Formación de las actitudes xx

En general, la formación de actitudes está íntimamente relacionada con las vivencias personales y sociales que tiene un individuo. De niños, se recibe incentivos o castigos que ayudan a crear actitudes positivas o negativas hacia las cosas a medida que se va creciendo. Los puntos de vista de los diferentes enfoques para desarrollar y moldear actitudes proporcionan la base para orientar diferentes técnicas para cambiar actitudes. (Briñol et al, 2007)

Dado el campo de los valores y actitudes, A nivel individual y social, se han estudiado diversas teorías del comportamiento Orientadas hacia estos dos puntos de vista. Primero, el punto de vista de la psicología que explica situaciones como gustos, preferencias e inclinaciones, aversiones, derivadas de la experiencia personal; En segundo lugar, el punto de vista social que los considera la actitud un producto de interacciones sociales, como valores y actitudes compartidos

en la sociedad. Esto significa que estas visiones oscilan entre subjetividad (evaluación, gusto o preferencia personal) y es considerada una ventaja de la sociedad que lo protege. (Bolívar, 1995)

Hay dos teorías sobre la formación de actitudes: las teorías del aprendizaje y las teorías de la disonancia cognitiva, (Festinger, 1962).

Teoría del aprendizaje: Esta teoría se basa en el hecho de que cuando se aprende, se obtienen nuevos conocimientos con los que se intentan desarrollar pensamientos, sentimientos y comportamientos relacionados con cosas que ya se saben. El aprendizaje de estas situaciones se puede mejorar mediante experimentos divertidos.

Teoría de la asociación cognitiva: esta teoría se basa o consiste en aprender nuevas situaciones mediante la asociación de nueva información con otra información conocida, por lo que intentamos desarrollar ideas o actitudes de situación similar con otra. Cuando se aprende algo nuevo, se trata de recordarlo en relación con lo que se aprende con lo que ya se sabe, lo que llevará a recordar lo nuevo

Teoría de la disonancia cognitiva: Creada en 1957 por León Festinger, esta teoría consiste en lo que se hace creer en uno mismo y saber que algo hace daño. Pero en realidad para ver qué nos puede pasar si esta situación persiste, después de probar y fallar. Esto puede provocar un choque, porque se tienen dos situaciones diferentes que trata de evitar reflexivamente. También motiva a construir nuevas actitudes y a cambiar las existentes.

Si bien, la formación de actitudes también se adquiere a través del proceso de aprendizaje social, Baron et al, (2005) menciona que las actitudes son adquiridas en situaciones donde existe interacción con otras personas o simplemente a través de la observación a un comportamiento; este aprendizaje social sucede con base a la asociación, también conocido como “condicionamiento clásico”, Baron et al, (2005) considera que el aprendizaje social es, “el proceso a través del cual adquirimos nueva información, formas de comportamiento o actitudes hacia personas.” (p.125), desde este punto ejemplifica el caso de un niño con poca o ninguna reacción emocional a ciertas características visibles de un grupo minoritario, sin embargo, el observa a su madre gestos negativos en la presencia de estas personas, por tanto, el niño adquirirá gradualmente estas reacciones negativas a través del proceso de condicionamiento clásico.

Aunque el aprendizaje social no es el único elemento importante para la formación de actitudes, Baron et al, (2005) también considera al aprendizaje observacional para la formación de las actitudes, conceptualizándolo como “una forma básica de aprendizaje en la cual los individuos adquieren nuevas formas de comportamiento o pensamiento a través de la observación del comportamiento de otros” (p. 127).

Finalmente, la comparación social también puede formar actitudes, dado a la tendencia de comparación con otros individuos para determinar si la percepción de la realidad social es o no correcta, es decir, en situaciones donde hay individuos de cierto respeto o agrado con frecuencia se suelen aceptar sus actitudes. (Baron et al, 2005).

2.4 Función de las actitudes

Las funciones de las actitudes en los procesos cognitivos, emocionales, conductuales y sociales, son diversos. La función principal resulta ser la cognoscitiva. Las actitudes son la base de los procesos cognitivos y emocionales que tienden a ser percibidos y dirigidos en el entorno. Las actitudes pueden tener funciones útiles, expresivas y socialmente adaptables (como estudios sobre actitudes hacia grupos de referencia, grupos externos) y la autodefensa (un ejemplo clásico es el estudio de Adorno sobre el autoritarismo en la década de 1950). (Katz, 1960).

El análisis funcional permite identificar una amplia gama de funciones psicológicas en los procesos de interacción con el entorno físico y social.

Para Katz (1960) desde la Psicología Social diferencia cuatro funciones principales:

- **Función de conocimiento.** Estas funciones ayudan a percibir el entorno y a darle sentido. La división en positivo y negativo permite distinguir entre el bien y el mal para cada individuo. Este tipo de situación es de fácil acceso y se basa en un conocimiento más complejo, por lo que cuanto más fuerte es, más fuerte es la situación. A menudo distorsionan el procesamiento de la información al elegir con qué lidiar (atención). La interpretación de lo que se procesa tiende a ser idéntica a la situación anterior (percepción). Intentamos ignorar información irrazonable, la información idéntica se almacena más fácilmente.

- Función instrumental. También se le llama “modificación o utilidad” porque permite el logro de determinadas metas o beneficios específicos, así como explicar el entorno clasificando los objetos de las situaciones según sus resultados que brindan.
- Función defensiva del “yo”. La actitud siempre puede ayudar a mantener la autoestima. Este tipo de situación social puede nutrirse de mecanismos de defensa que se ponen en alerta cuando la autoestima se ve amenazada.
- Función expresiva de valores. La “autoafirmación” es la expresión explícita de las posiciones centrales del sistema de valores de un individuo, lo que le permite a una persona expresar sus creencias que actúan como principios generales. (Katz, 1960).

En amplio sentido de funcionalidad de las actitudes se encuentra la adaptación al entorno o ambiente, como lo son: función defensiva, función social-ajustativa y la función utilitaria. (Eagly et al., 1998). Otra funcionalidad de las actitudes es predecir las intenciones conductuales y los comportamientos manifiestos entre los individuos de la sociedad. Si bien la organización de las actitudes respecto a su funcionalidad se ve afectada también por la función que cumplen.

CAPÍTULO III. TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LAS CREENCIAS Y ACTITUDES

Como seres humanos, se tiende a mantener la coherencia interna. Con este fin, los pensamientos, creencias, actitudes y comportamientos deben ser consistentes para mantenerse equilibrados. Sin embargo, en la vida diaria, se encuentran con diferentes eventos, crisis o problemas que te hacen flaquear. Es por ello que se hace preciso tener claro que la disonancia es la consistencia, la atribución y el equilibrio de toda persona.

Las personas sanas expresan diferencias propias en la personalidad, el estado de ánimo y el comportamiento en general. Todos son diferentes también, cada día es diferente. Sin embargo, un gran cambio repentino en la personalidad y/o el comportamiento, especialmente relacionado con algún evento obvio, la creencia o la actitud generalmente indica un inconveniente.

3.1 Teoría de la acción razonada TAR

La Teoría de la Acción Racional (TAR) (del inglés: theory of reasoned action (TRA) es un modelo general de la relación entre actitudes, creencias, presiones sociales, intenciones y comportamiento. Fue elaborado por Martin Fishbein e Icek Ajzen (1975, 1980). Lo que la teoría intenta hacer es predecir el comportamiento humano.

Las actitudes influyen a la hora de enjuiciar la información del entorno. Muchas veces, hasta, guían las decisiones que se toman a nivel conductual. Hoy se conoce el modelo como pronóstico de la conducta a partir de la actitud. Se trata de la teoría de la acción razonada de (Fishbein y Ajzen ,1975).

Existen diferentes factores que despliegan influencias desiguales en la conducta, que mejoran o mitigan la correspondencia entre actitud-conducta. Por ello, se va a conocer la teoría señalada, así como algunas otras.

3.2.1 Características del modelo de Fishbein y Ajzen

Las opiniones de una persona sobre la dimensión bipolar de valoración o emoción relacionada con objetos, las creencias, acciones o eventos son lo que llamamos actitudes. (Fishbein, 1967).

Es por esto que la teoría de la acción racional es un modelo de toma de decisiones racionales, es decir, establece que la conducta es el resultado de un proceso racional y deliberado.

La acción final se logra a través de un proceso de varios pasos. Por estas razones, el modelo se define como revelador de las conductas voluntarias.

El modelo tiene por objetivo predecir la conducta, es decir, se agrupa en un mecanismo único (considerado esencial) que es la evaluación de la actitud para instaurar la conducta. De todas formas, se considera que hay otras variables relevantes.

Los elementos de la teoría de la acción razonada, según este modelo, la conducta viene directamente evidenciada por la intención del comportamiento. (Fishbein, 1967).

A su vez, la intención conductual está determinada por dos variables, que son las siguientes:

Actitud conductual

La actitud conductual está en la evaluación positiva o negativa del sujeto para ampliar la conducta. Está establecida por la posibilidad subjetiva y por la deseabilidad subjetiva. La probabilidad subjetiva es la probabilidad que se percibe de que cierta conducta transportará a una fijada consecuencia. (Fishbein, 1967).

Norma subjetiva

Se trata del juicio que hace el sujeto sobre la posibilidad de que las personas significativas o relevantes para él. Depende de dos variables más: las creencias normativas y la motivación para adaptarse a ellas. Las creencias normativas son lo que otras personas principales para el sujeto esperan que este haga. La motivación para adaptarse a dichas creencias es el valor en que el sujeto hace caso de lo que consideran que debe hacer las personas relevantes para él. (Fishbein y Ajzen, 1975).

Los alcances de la teoría de la acción razonada, (TAR) se basan en las creencias normativas que son parte de la motivación para ajustarse a ellas donde la norma social subjetiva no ejercerá ninguna autoridad sobre la intención de plasmar tal conducta. Esto es así porque el beneficio final de las dos variables resultaría

El apoyo empírico a esta teoría para determinar la conducta es enorme. De todas formas, hay otros autores, como por ejemplo Bentler y Speckart, que han presentado otros elementos

además de estos para manifestar la conducta. Ellos proyectan los hábitos que influyen de forma directa en la conducta, y la mediación de las actitudes o las normas es nula.

Entre aportaciones a la teoría de Fishbein y Ajzen (1976) en los últimos años han surgido nuevas contribuciones en relación a esta ella. Las más importantes han sido dos.

1. Teoría de la acción planificada (Ajzen 1985)

Se trata de una segmentación que amplía un elemento nuevo: el control conductual observado. Este une la actitud y la conducta, así, se tiene en cuenta la disposición o problema del sujeto para efectuar la conducta. Es decir, con esta nueva contribución, la intención constara de tres elementos: la actitud, la norma subjetiva y el control conductual percibido. (Ajzen, 1985)

2. Gollwitzer (1996) intenciones de implementación o puesta en práctica

Este autor plantea que las intenciones conductuales que pronostican mejor la conducta cuando se conducen de propósitos de implementación o procedimientos en correspondencia al cuándo y al dónde se enseñará la conducta deseada. (Gollwitzer, 1996)

Esta nueva participación es de especial beneficio cuando la conducta no es algo concreto, sino que se trata de una acción que involucra el proceso en el tiempo (por ejemplo, aprender un nuevo idioma).

Estos propósitos son llamados “intenciones crónicas”, es decir, objetivos que se tienen desde hace tiempo, pero que nunca han usado para que se inicie tal labor. Así, para que definitivamente el sujeto pase a la acción, serán necesarias en las intenciones de implementación. (Gollwitzer, 1996)

Actitudes, individuo y ambiente

Se ha visto cómo las actitudes están estrechamente correspondidas con la conducta individual, se consigue aseverar que estas actitudes advertirán de forma débil la conducta en el ambiente cuando simpatizan componentes determinantes, es decir, a mayor atribución ambiental, la que menos influye en la conducta individual de la persona. En todo caso, uno de los principales

condicionantes ambientales es la normal social, que establece muchas veces “cómo se debe actuar”. (Allport, 1935).

Las actitudes afectan el procesamiento de la información del entorno. A menudo, también guían las decisiones que se toman a nivel conductual. Hay otros factores que tienen diversos efectos sobre el comportamiento y mejoran o reducen la relación entre actitud y comportamiento.

La teoría de la acción razonada es un modelo de toma de decisiones racionales, es decir, establece que el comportamiento es el resultado de un proceso racional y deliberado. La acción final se logra a través de un proceso de varios pasos. Por estas razones, el modelo se limita a explicar el comportamiento volitivo (voluntario).

Las acciones de la teoría se basan en las actitudes individuales, por lo que una teoría de la acción consiste fundamentalmente en una descripción de las actitudes. La información permite la formación de las mismas que es de tipo cognitivo, afectivo y conductual. (Allport, 1935).

La información conductual también interviene en las actitudes, ya que se evalúan las propias actitudes en forma equivalente a cómo se hace con las de los demás. En otro punto, uno de los procesos cognitivos compromete la transmisión social a través del aprendizaje, entendido de modo general como aquel proceso por el cual la información nueva por parte de las personas se promueve o está beneficiada por su exposición recíproca en un ambiente de interacción frecuente. (Allport, 1935).

Lo más importantes son la facilitación y la limitación social. Este tipo de aprendizaje admite que las habilidades logradas por el individuo puedan ser divulgadas a los demás, sin ser necesario que cada uno las obtenga a partir de su propia experiencia, por ello es necesario considerar la siguiente teoría:

Teoría del aprendizaje social de Bandura (1977)

El objetivo de la teoría del aprendizaje social es estimular en las personas de que son capaces de aprender por medio de muchas formas ya sea por los medios activos o los medios visuales (Bandura, 1977)

Donde apoyados en la teoría de acción razonada se va a revisar de modo sencillo otro modelo teórico para el pronóstico y el entendimiento de la conducta humana. Por medio del modelo se procede a que se ha logrado igualar en las conductas prioritarias a ser modificadas a través de una intervención. Pero antes de intervenir, es preciso concebir la conducta. Es por ello que un marco teórico de análisis lograría ayudar a reglamentar la información para conseguir respuestas certeras de forma expedita. (Bandura, 1977)

Los creadores de este modelo que se llaman Fishbein y Ajzen. (1975) Según su teoría, la conducta de las personas está establecida por su propósito. Para entender una conducta primero hay que saber cuál es el propósito de las personas, si desean o no hacerlo. Y la finalidad es en una variedad de balance entre dos cosas. Por un lado, la actitud, es decir, lo que se cree que se corresponde hacer. Los autores llaman la Norma Subjetiva, que es algo parecido a lo que se podría llamar “la presión del grupo” (p.23), esto es, la percepción que se tienen de lo que los otros piensan que se debe hacer. En síntesis, la Teoría de Acción Razonada instituye que la finalidad de verificar una conducta como una especie de balance entre lo que se cree que se debe hacer y la percepción que tienen los demás de lo que se debe de hacer.

La Teoría de la Acción Razonada logra encontrar las actitudes y las creencias hacia la problemática de la conductual. Asimismo, la información lograda podrá ser utilizada en el desarrollo de programas educativos, cuyo objetivo sea cambiar las intenciones conductuales de los estudiantes en correspondencia a determinados criterios conductuales y/o conductas específicas.

Así mismo Bandura, (1977) establecer que existen algunos pasos en el moldeado de la teoría de la Acción Razonada.

1. **Atención.** Si quieres aprender algo, hacer algo debes prestar atención. De la misma manera, cualquier cosa que suponga una situación de atención la cual puede ser perjudicial para el aprendizaje, incluido el aprendizaje por observación. Por ejemplo, si está somnoliento, adicto a las drogas, enfermo, nervioso o incluso "sobreexcitado", la eficacia de su aprendizaje disminuirá. Lo mismo puede suceder si te distraen los estímulos competitivos. (p.23).

Algunas de las cosas que afectan la atención tienen que ver con las propiedades del modelo. Por ejemplo, se presta más atención si el modelo es colorido y dramático. Se presta más atención si el modelo es atractivo o prestigioso o parece particularmente competente. Si el modelo se parece más a lo que interesa, se presta más atención. Este tipo de variables llevaron a Bandura a estudiar la televisión y sus efectos en los niños. (Bandura, 1977)

En segundo lugar, se debe ser capaces de retener (recordar) lo que importa, es donde ingresan la imaginación y el lenguaje: que se guarda en los modelos donde se forman las imágenes mentales o descripciones verbales. Una vez "archivadas", se puede volver a mostrar imágenes o descripciones para poder reproducirlas con el propio comportamiento. (Bandura, 1977).

2. **Retención** En segundo lugar, se debe ser capaz de retener (recordar) lo que importa. Aquí es donde entran en juego la imaginación y el lenguaje: que se guarda a lo que se ve como modelos de lo que se hace, en forma de imágenes mentales o descripciones verbales. Una vez "archivadas", se pueden volver a mostrar imágenes o descripciones para poder reproducirlas con el propio comportamiento.
3. **Reproducción.** En este punto, se está allí soñando despiertos. Se tiene que convertir la imagen o descripción del comportamiento actual. Entonces, lo primero que se debe poder hacer es reproducir el comportamiento. Otra cuestión importante sobre la replicación es que la capacidad de imitar y reproducir mejora con la práctica de las conductas involucradas en la tarea. Una cosa más: ¡incluso si es solo imaginando las propias acciones para mejorar tus habilidades! Por ejemplo, muchos deportistas imaginan los movimientos que realizarán antes de realizarlos. (Bandura, 1977)
4. **Motivación.** Inclusive con todo esto, no hace nada al menos que tenga un incentivo para realizar una acción, es decir, al menos que tenga una buena razón para hacerlo. Bandura, (1977) menciona varias razones:
 - Reforzamiento del pasado, como el conductismo tradicional o clásico.
 - Compromiso de refuerzos (incentivos) que podamos imaginar.

- Refuerzo alternativo, la posibilidad de percibir y restaurar el modelo como un refuerzo.

3.2 Teoría de la Acción Planeada

La base de la teoría de la acción planificada de Ajzen (1985), se planteó como una teoría para analizar los factores relacionados con los comportamientos relacionados a la salud. La teoría asume que la intención de comportamiento, estrechamente relacionada con el comportamiento, a partir de dos factores: El factor personal, es la valoración positiva o negativa para cumplir con el comportamiento, a esto se le llama "actitud", que se asocia con el resultado que uno puede esperar para el rendimiento de la conducta. Y el factor social, es la percepción de la presión social. Todo el mundo está a punto de hacer o no hacer algo específicamente, por este factor que se denomina "auto indicador", relacionado con las creencias de las personas influyentes e importantes entonces en general, cuando hay creencias y referencias positivas es cuando se cree que son importantes las acciones para los demás, lo que lleva a realizar un determinado comportamiento en base a las creencias y las actitudes. (p.22).

La investigación de las creencias y las actitudes sigue siendo uno de los principales intereses de investigación de los psicólogos sociales entre ellas la Teoría de la Acción Planeada donde las actitudes se estudian en diferentes áreas como la salud, la política, la religión, la economía o la publicidad. Esta teoría engloba las actitudes que son de particular importancia en el campo de las creencias y actitudes humanas, ya que juegan un papel fundamental en el cambio social. Por tanto, es importante abordar las relaciones bien establecidas entre las diferentes actitudes, comportamientos y programas que se han impulsado con el fin de cambiar los patrones de conducta que facilitan estos procesos. El proceso conductual. La implementación de la teoría de la acción Planeada y la teoría de la acción Razonadas implican conocer tanto las variables que favorecen la realización de las creencias y actitudes de las conductas nocivas como aquellas que pueden desalentar en la adopción de medidas saludables. (Fishbein, y Ajzen, 1975).

En este sentido, la psicología de la salud ha proporcionado diferentes predicciones para facilitar el conocimiento sobre estas variables como un paso previo, si este es el caso, para poder modificar el comportamiento que se realiza. Uno de los modelos de investigación se creó como La Teoría de la Acción Planificada (Ajzen, 1985), desarrollada a partir de teórica de la acción razonada

(Fishbein, y Ajzen, 1975). Ambos modelos se aplican con el precedente instantáneo del comportamiento siendo intencional. La actitud, coherente con la fe, relacionada con sus temas y evaluaciones, y de acuerdo con las normas subjetivas, se desarrolla al mismo tiempo de la conciencia de la fe que otros tienen en el comportamiento que la persona debe operar como motivación personal en la implementación de tales expectativas internas y externas.

Así mismo Ajzen, (1985) también afirmó que los factores internos deben tenerse en cuenta en relación con la ejecución de la conducta:

- **Las diferencias individuales:** La diferencia entre las personas sobre él mismo. Creencia en el control o falta de control sobre el desempeño de una conducta, información, habilidades y destrezas al parecer es logro de éxito El liderazgo se ejerce y depende de la presencia de información, de las destrezas y las habilidades requeridas que explican a la relación entre intenciones y habilidades relacionadas con el comportamiento actual.
- **El poder del liderazgo “Yo haré”:** lograr ciertas metas de comportamiento donde se pregunta lo que suele llamarse "lo haré posible" o "fuerza personal". Por ejemplo, mantenimiento y restricción del peso. El tabaco o el alcohol son ejemplos simples.

La mayoría de personas están motivadas para lograr tales objetivos, su posición y las intenciones personales, sin embargo, pueden ser menos importantes el grado de deseo de controlar sus acciones, expresado está relacionado con el poder del "yo quiero". Donde las Emociones creencias y acciones compulsivas representan las destreza, habilidad y fuerza "voy a hacerlo", pueden tener problemas de control, se suele decir que estos problemas se pueden superar. Por otro lado, algunas personas en sus comportamientos a menudo se ven como resultados las fuerzas de pérdida de control que produce un comportamiento coercitivo, aunque otras intenciones y esfuerzos sean de lograr sus metas, en función de sus acciones y creencias para alcanzar las intenciones. (Fishbein, y Ajzen, 1975).

Entonces Ajzen, (1985) dijo que mientras se defendían las intenciones, algunos factores internos que afectan el desempeño correcto y satisfactorio del comportamiento deliberado que puede ser relativamente fácil de controlar. Estos factores son cuando se adquiere información de habilidades destrezas, creencias y actitudes personales. Es necesario hacer algo con los otros

factores como las emociones. La naturaleza del factor interno tiende a influir en el control sobre el objetivo del comportamiento. (Fishbein, y Ajzen, 1975)

La teoría de la acción planificada incluye una variable a considerar como un factor importante antes de la intención de desempeño de la conducta. Es la "percepción de control", lo que significa confianza en él. Tiene dentro de sí mismo para superar las barreras externas e internas. Es mostrar un comportamiento de manera efectiva la percepción de control de la personalidad, por supuesto, puede afectar el desempeño del comportamiento de las personas que tienen una visión pesimista de su capacidad para controlar su propio comportamiento, pero nunca pueden hacer eso para probarlo, y es posible que no sepa lo que está mal en relación a la prueba de sus creencias y actitudes. (Ajzen, 1985).

En este sentido, la teoría es uno de los modelos más investigados en la actualidad, el cual ha creado un papel en la explicación de la toma de decisiones en el contexto complejo, que es la Teoría De La Acción Planeada (TAP) (Ajzen, 1991,) (McEachan et al., 2011), complementando la teoría de la acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980). De acuerdo con sus definiciones, el comportamiento de una persona se determinará inmediatamente por la intención de que la persona debe ejecutar (o no ejecutar) en su comportamiento.

En cambio, la intención de realizar este comportamiento es una función de tres elementos básicos: primera, actitud hacia el comportamiento como variable inicial, determinada por la confianza de los resultados de comportamiento que pretende evaluar, por lo tanto, y de acuerdo con la experiencia, traduciendo a una forma de aprendizaje sobre reacciones (favorables o desventajas) para un evento consistente (Ajzen, 1991). Segundo, los estándares subjetivos, es el componente más social del modelo y, a su vez, ofrece la creencia de que la persona con presión social lleva a cabo el tomar medidas en relaciona a la motivación para satisfacer esas presiones, y en el tercer lugar, la toma de consciencia del control de su comportamiento en una situación en la que se debe tomar una decisión y actuar en base a sus creencias y actitudes. (p.27)

En la siguiente Figura 1 se representan las variables predictoras de la intención, de los precursores de las mismas y las vías de influencia en el propósito de la acción.

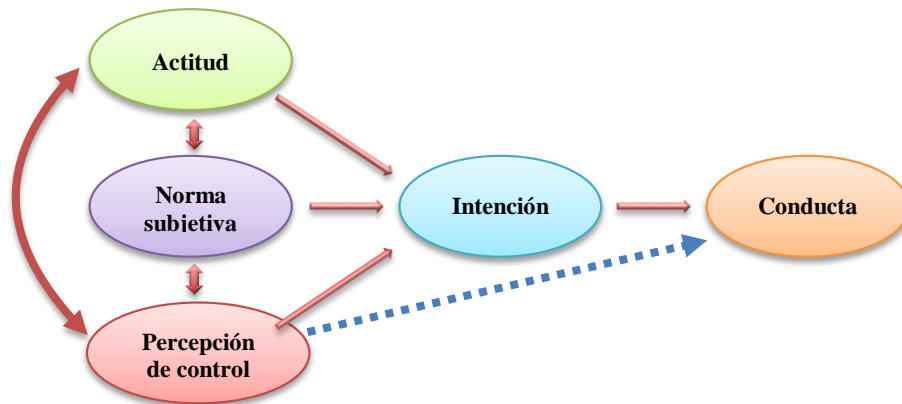


Figura 1: Modelo de la Teoría de Acción Planeada.

Fuente: Ajzen (1991)

Como se puede observar, todas las variables que influyen en la formación de la intención, la intención y el control percibido son las únicas variables que pueden interferir directamente en el desarrollo de la conducta. Asimismo, como puede verse en la figura 1, donde las actitudes, las normas subjetivas y las percepciones de control pueden modificarse entre sí, antes de que se desarrollen las intenciones. Desde que se describió el modelo, su aplicación en diferentes áreas del comportamiento humano ha sido muy diversa, y el campo de la salud ha sido uno de los más aplicados en la última década. Los resultados obtenidos en diferentes estudios fueron muy alentadores, indicando que cuando se considera el control, la creencia y la actitud percibida aumenta la varianza explicativa del modelo, es decir, las creencias y las actitudes en la conducta la cual fluctúa con el comportamiento estudiado (Carpi et al, 2005).

3.3 Disonancia cognitiva

La disonancia cognitiva es una teoría de la psicología social. Se refiere al conflicto psicológico que ocurre cuando las acciones y creencias de una persona no coinciden. También puede ocurrir cuando una persona tiene dos creencias en conflicto. (Festinger, 1962).

Conceptualizada como la tensión, el malestar o la incomodidad que se experimenta cuando se tienen dos pensamientos en conflicto o incompatibles, o cuando las creencias son inconsistentes con las acciones. (Castro 2020).

La disonancia cognitiva logra generar sentimientos de inquietud y tensión que las personas buscan apaciguar de otras maneras. Los ejemplos incluyen "explicar cosas" o contradecir nueva información que contradiga sus creencias existentes (Miranda, 2021).

El psicólogo León Festinger publicó su teoría de la disonancia cognitiva en su libro de 1957 "A Theory of Cognitive Dissonance". Es por eso que Festinger cree que las personas sienten incomodidad cuando tienen creencias opuestas o cuando sus acciones objetan sus creencias. Desde entonces, la disonancia cognitiva se ha convertido en una de las teorías más conocidas y estudiadas de la psicología social.

La gente intentará reducir esta disonancia para calmar los problemas. El impulso de abordar la disonancia se conoce como el "principio de coherencia cognitiva". Es importante señalar que la disonancia cognitiva no es instintiva cuando una persona tiene puntos de vista opuestos. (Festinger, 1957).

No todos perciben la disonancia cognitiva al mismo nivel. Ciertas personas son más tolerantes con la incertidumbre y la inconsistencia, y son capaces de diferenciar al menos disonancias cognitivas que aquellas que exigen estabilidad.

La disonancia cognitiva que experimentan las personas está relacionada con el resultado en que las personas pueden pretender esconder a los demás sus acciones o creencias, sistematizar sus acciones o elecciones continuamente, apartarse de conversaciones o debates sobre temas específicos, evitar conocer información nueva que va hacia sus creencias existentes, ignorar investigaciones, artículos del periódico o consejos del médico que producen disonancia y evitar la información objetiva que logra consentir que las personas prolonguen manteniendo actuaciones con los que no están completamente de acuerdo. (Festinger, 1957).

Por supuesto, la disonancia cognitiva puede hacer que algunas personas cambien su comportamiento para que coincida con sus creencias. De esta manera, les da a las personas consistencia al examinar sus propios valores y comportamientos y lograr coherencia cognitiva. (Festinger, 1957).

Muchas personas enfrentan actitudes y comportamientos problemáticos debido a la disonancia cognitiva. Pueden hacer cambios positivos en sus vidas, como abordar los hábitos alimenticios poco saludables, las adicciones o los problemas de ira. (Festinger, 1957).

3.3.1 Características la disonancia cognitiva

Para Festinger (1957) es básicamente la inconsistencia psicológica que se deriva de una acción, dentro de la teoría de la disonancia cognitiva, se trata de un arreglo psicológico al que llega un determinado individuo para restablecer la consonancia, ya que nadie puede permanentemente mantenerse en un estado de disonancia, de esta manera para que el individuo se sienta absolutamente tranquilo debe encontrar justificaciones pertinentes a su conducta.

Otra de las características dentro de la conducta ante una disonancia cognitiva es que está desviada de las normas culturales aceptadas, las opiniones específicas que no concuerdan con las opiniones mayoritarias o el descenso y las informaciones o experiencias contraías a la información o experiencias previas, creando actos de disonancia en algunos individuos. (Festinger, 1957).

También la disonancia varía en magnitud, es decir, que la cantidad total de disonancia es una función de proporción de elementos implicados en cada uno de los individuos que la experimentan, Festinger (1957):

“algunos desarrollan sentimientos más profundos que otros, entorno a determinados objetos, ideologías o seres queridos y lógicamente se entiende que entre más intensos sean llegando el caso mayor será la disonancia que experimenten entre su afecto y sus convicciones por un lado y su conducta por el otro.” (p. 93).

Entre los factores que afectan el nivel de disonancia cognitiva que una persona experimenta se incluyen los siguientes:

- **Tipo de creencia:** Las creencias personales crean una disonancia más pronunciada.
- **El valor de las creencias:** las creencias que son muy valoradas por las personas tienden a provocar una mayor disonancia.
- **Grado de desigualdad:** Las grandes diferencias entre creencias opuestas y consonantes crean más disonancia.

La disonancia cognitiva es percibida también como una sensación de incomodidad e inquietud. Dado que las personas suelen tener un deseo natural de evitar tales molestias, (Festinger, 1957) la disonancia cognitiva puede tener un impacto significativo tanto en actuaciones, pensamientos, decisiones, creencias y actitudes, así como la salud mental.

3.4 Atribución

Además de percibir e interpretar las características y conductas de los otros, usualmente se quiere ir más allá, conocer sus rasgos permanentes, comprender las causas de su conducta y por qué actúan como lo hacen. El proceso a través del cual se busca tal información es conocido como atribución. (Marín et al, 2015).

En psicología social, la atribución se concibe como el proceso de relacionar la causa de un evento o comportamiento. En la vida diaria, la atribución es algo que se hace todos los días, generalmente sin ser conscientes de los procesos subyacentes y los sesgos que llevan a inferir. Parte de la respuesta tiene que ver con el tipo de atribución que podrían usar en una situación dada. Los sesgos cognitivos también suelen jugar un papel. Las atribuciones que realizas todos los días poseen un gran impacto en cómo te sientes, así como en cómo piensas y te relacionas con los demás (Morales et al, 1996).

3.4.1 Teoría de la atribución

La teoría de la atribución, propuesta originalmente por Fritz Heider en 1958, donde trabaja con el “sentido común”, considerado como “un pensamiento colectivo de aquello que parece obvio.” (p.78), partiendo de esta idea, identificó ejes de explicación causal considerada como atribución; Para Heider (1958) el proceso atributivo “comienza con la observación de una conducta y finaliza cuando el observador cree encontrar la causa que la produjo.” (p.78), dividiendo las causas de acción en dos tiempos: personales y ambientales, donde la primera abarca conductas duraderas e internas, mientras que la segunda aborda conductas temporales o externas.

En su libro " The psychology of interpersonal relations" publicado en 1958, Fritz Heider sugirió que las personas observan a los demás para analizar su comportamiento e inferir la

explicación de sentido común de su comportamiento. El equipo de Heider diferenció entre atribución externa y atribución interna.

Así mismo Heider (1958) aconseja a las personas que observen a los demás para analizar su comportamiento. Además, asume que sacan sus propias conclusiones para explicar el significado de su comportamiento observado.

La teoría de la atribución de Heider (1958) pretende analizar cómo se manifiesta el comportamiento y los acontecimientos de la vida de las personas. En psicología social, esto se llama proceso de atribución. Para Heider (1958), se tiende a atribuir a las acciones de los demás a una de dos posibles razones internas o razones externas.

Las causas intrínsecas o atribuciones intrínsecas se refieren a características y rasgos individuales como rasgos de personalidad, inteligencia, motivación, etc. Las causas externas o atribuciones externas son factores que potencian una situación, como la suerte, el clima o el comportamiento de un tercero.

Las atribuciones externas son atribuciones que dan dominio a las situaciones mientras que las atribuciones internas se representan a características personales.

3.4.2 Tipos de atribución

- **Atribución interpersonal:** al contar una historia a un grupo de amigos o conocidos, es probable que se cuenta de una manera que beneficie a la persona.
- **Atribución predictiva:** también se suele atribuir la situación de una manera que permite hacer predicciones futuras a una situación como por ejemplo por lo que, si se roban el automóvil, se puede atribuir este delito al estacionamiento en un lugar determinado. El hecho de este lugar, como resultado, se hace que evite volver a ese lugar de estacionamiento en el futuro para evitar que el incidente vuelva a ocurrir.
- **Atribución explicativa:** Se realiza una atribución explicativa para ayudar a comprender el mundo que rodea, donde algunos pueden tener un estilo explicativo optimista mientras que otros son más pesimistas.

- **Las personas optimistas** atribuyen el origen de los eventos positivos a razones estables, internas y generales, y el origen de los eventos negativos a razones inestables, externas y específicas.
- **Por el contrario, los pesimistas** atribuyen los eventos negativos a causas internas, estables y globales y los eventos positivos a causas externas, estables y específicas. (Heider, 1946)

Luego, las personas crean atribuciones y hacen inferencias basadas en el grado de elección, la probabilidad de que ocurra el comportamiento y su impacto en el comportamiento.

3.4.3 Los errores y sesgos atribuciones

El sesgo por interés personal: Se trata de otras personas, que tienden a atribuir las causas a factores internos como los rasgos de carácter, mientras se ignoran o minimizan las variables externas. Este fenómeno tiende a ser muy común, especialmente en culturas individualistas. (Heider, 1946).

Los psicólogos llaman a esta tendencia el error fundamental de atribución. Aunque puede haber factores situacionales, automáticamente atribuimos causas a características internas. El error fundamental consiste en culpar a los demás por situaciones o hechos que normalmente escapan a su control. Los psicólogos sociales suelen utilizar el término "culpar a la víctima" para describir un fenómeno en el que las personas culpan a víctimas inocentes por los delitos que han cometido. (Heider, 1946).

Los investigadores creen que el sesgo retrospectivo dificulta la percepción porque las personas creen erróneamente que las víctimas deberían poder predecir eventos futuros y, por lo tanto, han tomado medidas para evitarlos.

El sesgo actor-observador: Curiosamente, cuando se trata de explicar los propios comportamientos, se tendrá a oponerse a cometer el error de un sesgo de atribución completamente opuesto. En otras palabras, es más probable que se culpe a las fuerzas externas que a las características personales, lo que se conoce como sesgo del actor-observador. (Heider, 1946).

Una posible razón de este fenómeno es que se tiene más información sobre el propio contexto que los demás, al explicar el propio comportamiento sobre sí mismo y las variables de la situación de riesgo de la atribución.

Sin embargo, se está en desventaja a la hora de explicar el comportamiento de otras personas, no se tiene suficiente información, solo se tiene información que es fácil de observar. (Heider, 1946).

En psicología social, la atribución es el proceso de inferir la causa de un acontecimiento o comportamiento. El psicólogo Fritz Heider (1958) el padre de la teoría de la atribución, la definió como un método para evaluar cómo las personas interpretan los orígenes de su propio comportamiento y el de los demás.

Dejando de lado la teoría, en el día a día, la atribución es algo que todos hacen constantemente, sin darse cuenta de los procesos y sesgos subyacentes que conducen al razonamiento. La atribución realizada todos los días no es poca cosa. Las atribuciones efectuadas tienen un impacto revelador en cómo se sientes, piensas y te relacionas con los demás (Heider, 1946).

En este sentido, una persona tiende a efectuar atribuciones internas o externas, en función de su personalidad o de la influencia sobre diferentes factores. Por ejemplo, los sesgos cognitivos juegan un papel importante en este sentido. (Heider, 1946).

3.4.4 Atribución de intención

Estudia el proceso de hacer declaraciones o explicar el comportamiento de los demás. Este modelo se centra en la situación en la que la audiencia observa una acción y algunos de sus efectos, y debe decidir qué efectos está tratando de lograr el actor a través de sus acciones. (Heider, 1958)

3.5 Consistencia

El término indica que las creencias, actitudes y pensamientos deben ser consistentes con comportamientos obvios. En otras palabras, para saber qué es la consistencia cognitiva, también es necesario comprender el concepto de consistencia psicológica o cognitiva.

La consistencia en las relaciones es muy importante porque demuestra que eres estable y confiable. Si se comporta de manera consistente, los demás pueden esperar las mismas actitudes y reacciones de usted cuando se enfrenten a situaciones de vida potencialmente inesperadamente diferentes. Consistencia significa que su carácter, actitud y comportamiento permanecen iguales durante un largo período de tiempo. (Kruglanski et al, 2018).

La consistencia es muy importante en las relaciones interpersonales porque es la base de la confianza. Si puede mantener una actitud constante, podrá establecer relaciones productivas con los demás. A veces es necesario brindarte alguna información que puede ser difícil. Cuando te mantienes igual, otros tienen más confianza para brindarte información, más o menos predicen tu reacción, pero si no puedes predecir, todo cambiará con otros. La relación se volverá más inestable y difícil. (Kruglanski et al, 2018).

La consistencia es sinónimo de congruencia. Ser consistente es la razón que lleva un proceso o una secuencia lógica y coherente de cosas, un mismo ritmo, siendo las primeras causas de las segundas. Es decir, es consistente enseñar sumas y restas antes de enseñar multiplicaciones y divisiones. Una persona consistente piensa en sus sueños, identifica lo que quiere en la vida y actúa de las formas necesarias para lograrlo. (Van Kampen, 2019).

La consistencia es imaginar una meta y crear un plan de acción que te permita seguirla y lograr lo que quieres. En su defecto, la persona inconstante pasará el tiempo soñando, haciendo lo mismo, consiguiendo que se enrede en la realidad y piense en cómo hacer para obtener resultados diferentes. (Kruglanski et al, 2018).

Para comprender qué es la consistencia cognitiva, se debe entender que las relaciones entre pensamientos, creencias, actitudes y comportamientos pueden generar motivación. Esta motivación puede pensarse como un estado de tensión con características aversión, con capacidad para activar la conducta del sujeto y reducir la tensión (Van Kampen, 2019).

Estos dos procesos representan el modelo homeostático, donde la separación de valores apropiados (desequilibrio, inconsistencia, conflicto) incita a los sujetos a realizar algún comportamiento para restablecer el equilibrio y la consistencia (Kruglanski et al, 2018).

En otras palabras, la coherencia cognitiva es la capacidad de impartir coherencia al propio mundo mediante la activación de los comportamientos para restaurar un estado de calma frente a los estímulos cognitivos que crean una sensación de incoherencia (Van Kampen, 2019).

3.6 La teoría del equilibrio de Fritz Heider

La teoría del equilibrio es una teoría motivacional que explica el cambio percibido. Su idea básica es que las personas traten de mantener un equilibrio a largo plazo en los valores y creencias, y que cualquier desequilibrio que amenace la situación siempre se resuelva de la forma que requiera el menor esfuerzo posible (Heider, 1958).

Se muestra de forma sencilla, el modelo de relaciones de Heider (1958):

- Imagina que una persona (P) admira a una persona (O), ésta segunda podría ser el famoso.
- Por una parte, la persona (P) no tiene fundada ninguna percepción positiva hacia el producto (X), es decir, lo mira con indiferencia, o incluso puede valorarlo negativamente.
- Por otro lado, la persona (O) muestra visiblemente que le gusta el producto (X).

En esta relación triangular surgen dos tipos de dinámicas relacionales. Primero, es la relación de unidades, o cuánto están relacionados los diferentes elementos del triángulo. Cuantas más similitudes hay entre cada elemento, mayor es la posibilidad de equilibrio psicológico. Si las personas pertenecen a la misma familia, van a la misma escuela o tienen algún otro vínculo común, tienen las mismas creencias y adoptan actitudes similares a sus pares, por lo tanto, se puede considerar que pertenecen a la misma persona. El segundo tipo de relación es una relación de sentimiento o cómo nos sentimos acerca de algo, donde divide todos los sentimientos en uno de dos dominios gusto o disgusto (Heider, 1958).

En la mayoría de los casos, si hay una relación solidaria positiva, también habrá una relación afectiva positiva. Asimismo, las relaciones de unidad negativas y las relaciones emocionales

negativas tienden a coexistir. A medida que continúan con esta lección, se asumen esta situación de equilibrio mirando ejemplos balanceados y no balanceados.

El supuesto básico de la Teoría del Equilibrio de Heider (1958) establece que las relaciones interpersonales, y las relaciones que se establecen entre las personas y con los objetos e instituciones de su entorno, tienden a estar en equilibrio. En su opinión, esta ruptura del equilibrio genera tensiones que, a menudo, se alivian con cambios introducidos por las acciones o la reestructuración cognitiva. Plantea Heider (1958):

Hay una predisposición a acordar con las exigencias de un orden objetivo. De esta manera, si a uno le gusta hacer lo que se supone que debe hacer, si le gusta o disfruta lo que considera valioso, si la felicidad y la bondad se van, entonces la situación es equilibrada. Juntos, si admiras a alguien que te gusta, te gusta alguien que comparte tus valores, si se debe hacer de manera auténtica, entre otros. (p. 45)

Para Heider, (1958), las relaciones pueden ser de dos tipos, afectivas o solidarias. El primero se caracteriza por la actitud positiva o negativa de la persona p hacia la persona q o de la persona p hacia la entidad impersonal x. Mientras que la relación de unidad se refiere a la similitud, causalidad, pertenencia a un mismo grupo, esta propiedad se funda entre una persona p y otra q o una persona p y un objeto o entidad x. Los ejemplos de relaciones de unidad son los miembros de la familia y las acciones o propiedades de una persona. Para Heider, (1958) existe una relación de equilibrio cuando las partes que componen la relación de equilibrio tienen las mismas características dinámicas en todos los aspectos de la relación de equilibrio. Según Heider, para comprender el comportamiento humano y los procesos que determinan la percepción social, se debe estudiar las diferentes configuraciones que afectan las relaciones y la solidaridad.

Por otra parte, interesa señalar que las situaciones de consistencia o equilibrio cognitivo no son necesariamente situaciones de salud mental o social óptimas, como pueden ser actitudes equilibradas o cognitivamente congruentes, por ejemplo, el prejuicio racial y cualquier intento de distorsionar la inteligencia en los que se basan los prejuicios y/o principios afectivos, son sistemáticamente rechazados, removidos y/o racionalizados del dominio perceptivo-cognitivo. Obviamente, no podemos decir que una persona tenga relaciones constantes con los demás y prejuicios raciales, pero su salud mental y sus interacciones sociales suenan saludables.

CAPITULO IV. SALUD

La salud (del latín *salus-utis*) es un estado de bienestar o equilibrio que se puede ver a nivel subjetivo (el ser humano ocupa una situación general que se encuentra aceptable) o a nivel objetivo (no hay enfermedad ni factores nocivos en los sujetos mencionados). El término salud contrasta con el término enfermedad y ha recibido especial atención en la medicina, las ciencias de la salud y la religión.

4.1. Concepto de salud.

Cuando se pregunta ¿qué es la salud? Aparecen varias definiciones: según la Real Academia Española, la salud (Gral.) es un estado en el que una entidad orgánica ordinaria realiza todas sus funciones. (RAE, 2022). Las definiciones de acuerdo con organizaciones globales o nacionales lo describen como un equilibrio biopsicosocial, con ausencia de enfermedad. Otras definiciones son: 1) La salud es el estado en el que el organismo u organismos están libres de cualquier lesión o enfermedad y normalmente realiza todas sus funciones. 2) Una serie de condiciones físicas en las que un organismo vive en una situación o tiempo particular. ¿Cómo define la OMS la salud? “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no es simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia” Cita tomada del preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020)

La idea del significado de salud depende de la interacción de muchos factores sociales, religiosos, políticos, económicos, culturales y científicos. Como se ha dicho, “La salud es un sistema integral, es la síntesis de muchos procesos, de lo que sucede con la biología del cuerpo, el entorno que conciernen a las relaciones sociales, la política y la economía internacionales” (Briceño-León, 2000, p. 15). En 1956, René Dubos expresó lo que significa para él la salud: La salud es un estado físico y mente libre de malestar y dolor, que permite al interesado funcionar efectivamente en el momento adecuado, durante el mayor tiempo posible en el entorno de su elección. La definición de Dubos describe la salud entre dos dimensiones, la dimensión física y la dimensión mental. (Dubos, 1975).

En 1959, Dunn (como se citó en, Dunn, 1961) se refirió a la salud de la siguiente manera:

- Alto nivel de beneficios:

- Un método de trabajo integrado que aumenta las capacidades de las que el individuo puede disfrutar.
- Los requisitos de que el individuo mantenga un equilibrio constante y una dirección específica en el entorno en el que trabaja.
- Tres dimensiones: orgánica o física, psicológica y social: el hombre ocupa una posición extrema en las tres dimensiones de gozar de buena salud o altos niveles de felicidad, y esto dependerá en gran medida del entorno que lo rodea.
- Buena salud: estado pasivo de adaptación a su entorno.
- Bienestar: crecimiento dinámico hacia la realización del propio potencial.

En este concepto de salud se menciona primero el aspecto social y se define qué se entiende por salud y bienestar, seguidamente se enfatizando el concepto social de la salud, Se ve la salud como un continuo, es decir, la salud es dinámica y cambia con el tiempo. De manera similar, (Terris, 1994) enfatiza esta tercera dimensión social de la definición de salud, donde describe a la salud como: “La salud es un estado de bienestar físico, mental y social también es la capacidad de funcionar, en la ausencia de afecciones o enfermedades”. (p.3) Otro componente clave del concepto de salud de (Terris, 1994) es que la salud significa la ausencia de enfermedad o discapacidad. Esta definición contrasta con el modelo médico del concepto de salud, que describe la salud como ausencia de enfermedad (teoría del factor único). Otra definición de la salud como “un estado de equilibrio funcional, tanto mental como físico, propicio a la integración dinámica del individuo en su entorno natural y social (Quintero, 2007).

4.1.1 Los tipos de salud

La salud depende de multitud de factores, y no todos ellos se limitan al bienestar físico. A continuación, se describe los diferentes tipos de salud (Valenzuela, 2016).

1. Salud física: se refiere al estado físico general de una persona en un momento determinado. Es la salud del organismo y su óptimo funcionamiento. Es la ausencia de enfermedad y la función fisiológica adecuada del organismo. Los ataques o infecciones

virales afectan negativamente la salud física, que puede verse afectada por otros factores.

2. Salud mental: también conocida como salud emocional, es un concepto complejo, no solo se refiere a si una persona tiene un trastorno mental o no. Se caracteriza por tener alta autoestima, motivación de vida y objetivos importantes que les ayude a vivir con optimismo y esperanza, es la capacidad del manejo de problemas, también disfrutar el sentimiento, tener equilibrio, independencia y una vida libre de estrés y ansiedad.
3. Salud social: los seres humanos son criaturas sociales, y gran parte de su salud está determinada por las condiciones que los rodean, es decir, del entorno. De hecho, incluso sus identidades se construyen y desarrollan en sus interacciones con los demás. Sin embargo, la salud social no se trata solo de tener amigos o no, sino también de las condiciones de vida, como tener un trabajo estable, una economía estable, obtener atención médica, participar en actividades de ocio, relajarse, como otras.

Además de las categorías de salud mencionadas en anteriormente, como parte de la definición de la OMS (Gómez, 2009), también existen otras categorías de salud, las cuales son:

4. Salud sexual: La salud sexual es un estado de salud física, mental y social relacionado con el sexo, es decir, disfrutar del propio cuerpo y tener relaciones sexuales sanas. Los problemas de salud sexual pueden ser muy diversos, los cuales influir en la salud física, mental y social.
5. Salud alimentaria: la alimentación saludable es una parte importante del organismo. La salud alimentaria está relacionada con los nutrientes que se consumen y la cantidad que se ingiere, así como con el momento en que lo hacemos.
6. Salud ambiental: la salud ambiental es la salud relacionada con el entorno en el cual se vive. En otras palabras, estos son factores externos que afectan a una persona. Tales como, el ambiente de trabajo que puede causar estrés, que a su vez puede causar problemas psicológicos como ansiedad, insomnio y depresión, así como problemas físicos como diarrea o estreñimiento. La contaminación acústica en un espacio también

está asociada con la salud ambiental, ya que la exposición a ruidos nocivos puede tener consecuencias para la salud física humana.

7. Salud pública: es la salud colectiva y el impacto de las decisiones políticas para garantizar la salud de un segmento particular de la población. Está asociada a la protección formal de las entidades públicas hacia las personas.
8. Salud económica: un tipo de salud basada en el disfrute de una buena estabilidad económica, y el equilibrio entre ingresos y gastos, ya sean personas o proyectos financieros, no debe ser negativo.
9. Salud Familiar: las familias son importantes para el desarrollo y la salud de las personas, pero hay familias que son consideradas tóxicas por el efecto perjudicial de sus patrones de relación. La buena salud familiar afecta en forma positiva a los miembros del grupo familiar y a la sociedad.
10. Salud ocupacional: La salud ocupacional implica tomar medidas para mantener un ambiente de trabajo positivo y promover el bienestar de los empleados.
11. Salud religiosa: es aquella donde las creencias y comportamientos religiosos se utilizan para prevenir y/o mitigar los efectos negativos de los eventos estresantes de salud, así como para facilitar la preparación para enfrentar los problemas de salud a través de ellos. (Pargament et al.,1998; Koenig, 1998; Levin, 2010)

Más aún, la ciencia y la religión son dos cosmovisiones importantes sobre el mundo, son, además, fenómenos sociales. Por ello, su aspecto sociológico es muy importante para conocer las relaciones entre ellas, toda vez que forman dos sistemas sociales complejos que agrupan experiencias individuales y colectivas y que tienen sus normas y patrones de comportamiento, que resultan en la formación de comunidades con un tipo de estructura y lenguaje propio a la religión y la ciencia. Igualmente son fenómenos globales presentes a lo largo de la historia de la humanidad. La ciencia intenta comprender la naturaleza del mundo físico que nos rodea, cómo apareció, cómo se puede conocer y las leyes que lo gobierna. Por su parte, la religión se refiere a lo que trasciende el mundo material y pone al hombre en contacto con lo espiritual, lo místico, lo misterioso, en una

palabra, con el misterio de vida, la relación con lo divino y la relación del hombre con el universo (Udíás, 2010).

4.2 Visión científica de la salud

La ciencia y la religión son dos percepciones importantes sobre la salud de las personas, son, además, fenómenos sociales. Por tanto, su aspecto social es muy importante para conocer las relaciones entre ellas, pues forman dos sistemas sociales complejos que combinan experiencias individuales y colectivas y tienen diferentes normas y patrones de su comportamiento, lo que conduce a la formación de sociedades de carácter especial de estructura y lenguaje. Igualmente son fenómenos globales presentes a lo largo de la historia de la humanidad. La ciencia trata de comprender la naturaleza del mundo físico que nos rodea, cómo nació, cómo se puede conocer y qué leyes lo gobiernan, como la salud influye en el comportamiento y realidad del hombre. Por su parte, la religión se refiere a lo que trasciende el mundo material y pone al hombre en contacto con espiritual, lo místico, lo misterioso, en una palabra, con el misterio de vida, la relación con lo divino, y la relación del hombre con el universo. (Udíás, 2010).

Las ciencias sociales y las ciencias de la salud han estado vinculadas desde que sus orígenes fueron, en sus versiones, producto de circunstancias históricas. En su origen, médicos como Virchow (como se citó en, Castro, 1996) la define como una ciencia social y sociólogos como Spencer (como se citó en, Castro, 1996) considera a la sociedad como un organismo vivo. Al desarrollarse la explicación de sus objetos de investigación y el diseño de sus métodos científicos, las ciencias de la salud y las ciencias sociales han abandonado estas metáforas tradicionales y se han sumado a la tradición científica en favor de apoyar el desarrollo de varias ciencias independientes que constituyen, cada una, un recorte específico de la realidad. Cada uno constituye una separación tangible de la realidad. Los problemas de salud, sin embargo, no exploran esas fronteras disciplinarias; se manifiestan de manera compleja e integrada, lo que constituye un reto para las ciencias que las estudian. Así, la única posibilidad para profundizar en su conocimiento lograr su transformación está en la aplicación de abordaje teórico-metodológico interdisciplinaria. (Castro, 1996)

Esta postura está de origen, entre el conocimiento de los grupos sociales y sus condiciones de vida, sus sentimientos su desarrollo futuro, es donde se muestra que una visión de la

investigación se centra en los conceptos básicos de la biología y la química. Al resaltar ciertos criterios, guiando el conocimiento de las ciencias sociales, que los profesionales de la salud deben integrar a los desafíos de la sociedad actual. Uno de ellos se presenta al pensar que en el campo de la sociología de la salud no asume, por supuesto, la contribución de otros sectores sociales, como la antropología, la política, la psicología social y otras. En contraste, estas han tenido contribuciones importantes para el sector de la salud. Esto implica una contribución importante de cada uno de estos sectores, con el objetivo final de permitir mejora en la salud (Echeverri, 2010).

Por lo tanto, la afirmación de que la salud relacionada con la ciencia social combina los espacios sociales y culturales es identificar elementos determinantes a la calidad de vida y el bienestar de las personas. También demuestra que la salud es un fenómeno biológico, de relaciones y universales en el tiempo y el espacio (Cortés, 2010). En esta consideración, la ciencia social comenzó a fusionarse con los sectores de la ciencia de la salud para buscar mejoras en las condiciones de vida, donde las decisiones socioculturales que están relacionadas con la salud y las reacciones sociales de la enfermedad, de cada grupo social han permitido la confianza en las personas, y la acción sea centrarse en un contexto biológicos, ambientales, sociales y culturales en un mismo propósito.

Las actividades en el campo médico se han centrado en la prevención, especialmente aquellas con infecciones, curación y rehabilitación. En consecuencia, con la aplicación del control eficaz de la salud, ha conllevado a un aumento de la esperanza de vida y cambio en la causa de la muerte, lo cual ha creado un nuevo concepto de salud desde la intervención e investigación, en los cuales las ciencias sociales, económicas, ecológicas y la política ha comenzado a tener un importante lugar de acción en la forma de ver a la salud. (García-Bellido et al, 2010).

4.3 Visión religiosa de la salud

La religión es un sistema realista de creencias, rituales y símbolos que permite a las personas participar activamente en el proceso de atención de la salud, utilizando creencias y comportamientos religiosos para prevenir y/o reducir las consecuencias negativas que pueden presentar los problemas de salud. Por otro lado, las creencias religiosas regulan comportamientos como los alimentos, socializar, consumir drogas y lidiar con enfermedades (salud de una persona). La psicología puede abordar el fenómeno psicológico existente que vincula la práctica religiosa

con la salud, ya que varios estudios muestran una relación entre las creencias religiosas y la salud. (Raja et al., 2002).

Hay muchas diferentes áreas de la vida donde se puede identificar la presencia de preceptos religiosos. Entre ellas, cobran especial interés las áreas relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades (Raja et al., 2002). Las normas sociales y personales relacionadas con las creencias religiosas afectan a ámbitos como la alimentación, con la prohibición de determinados alimentos, las relaciones sociales, el sexo, los matrimonios mixtos, el consumo de drogas, el acceso y control de los tratamientos clínicos, el uso con relación del propio cuerpo, como los problemas psicológicos, cognitivos, y de comunicación interpersonal, entre otros). Es decir, en todas las religiones se pueden rastrear principios respecto a ciertos comportamientos que promueven un estilo de vida enfocado a mejorar la salud.

Como señala Osler (1910), la aparente simbiosis entre religión y salud parece valiosa e importante. En este autor se pueden encontrar las primeras ideas científicas sobre la relación entre religión y salud, donde la fe tiene un papel firme en la práctica médica. Consecuentemente, la forma en que la religión fomenta el manejo eficaz de diversas enfermedades, especialmente las de carácter crónico, sobrelleva a que las creencias religiosas pueden ser fuente de esperanza y fortaleza ante la adversidad (Koenig, 1998; 2004).

La investigación de Silvestri, et al. (2003) muestra que, en muchos casos, los médicos subestiman el papel de las creencias religiosas de los pacientes en el éxito del tratamiento, ya que los pacientes y los seres queridos indica que influye la fe en Dios es la segunda más importante para la curación. Por otro lado, los componentes emocionales y psicológicos que acompañan a las creencias son factores que necesitan más atención en el campo de la medicina.

Esta es la razón por la cual la psicología se ha interesado, más recientemente, por estudiar las relaciones entre religión y salud. Los interesados en la psicología y la religión han intentado estudiar y dar respuestas a preguntas similares, es decir, estudiar la psicología, el alma y la relación entre los sentimientos y las emociones, el comportamiento y la salud (una de las áreas actuales de investigación psicológica-salud) expresada por (Moreno et al., 2002).

Así mismo para Moreira-Almeida (2013) señala que no se puede negar la existencia de sociedades muy religiosas, es fácil ver cómo las personas recurren a su religión ante problemas relacionados con la salud o la enfermedad, y esta tendencia no desaparecerá aún cuanto se hagan más descubrimientos y se desarrollen métodos médicos cada vez más eficaces y precisos.

4.5 Promoción de la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) define la promoción de la salud como “un proceso que permite a las personas fortalecer el control sobre su propia salud” (p. 5). Situar en la práctica este concepto a través de un enfoque participativo; individuos, organizaciones, comunidades e instituciones colaboran para crear condiciones que aseguren la salud y el bienestar de todos.

En síntesis, la promoción de la salud fomenta cambios ambientales que ayudan a promover y proteger la salud. Estos cambios incluyen ajustes a las comunidades y sus sistemas, como programas para garantizar el acceso a los servicios de salud o políticas para crear parques para la actividad física y la convivencia de las personas. La promoción de la salud implica un enfoque colaborativo diferente: basado en la población, participativo, específico de la industria, sensible al contexto y opera en múltiples niveles.

El enfoque de comunicación sanitaria es un enfoque de la promoción de la salud que incluye un enfoque multidisciplinario para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a través de un "sistema completo" en el entorno local o social donde las personas participan en actividades cotidianas, donde los factores ambientales, organizacionales e individuales interactúan para influir en la salud y bienestar. (OMS, 2021).

El desarrollo de la salud es una de las columnas de una sociedad exitosa. Esta es la clave para tener ciudadanos más saludables y una forma de reducir el costo de la enfermedad, especialmente en el contexto de cambios demográficos que enfrentamos debido al envejecimiento de la población (OMS, 2016).

Este es el concepto más referido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual establece que el impulso de la salud es: la causa que permite que las personas desarrollen el control sobre su salud creyendo que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no

solo la ausencia de enfermedad o en la enfermedad. Este concepto de promoción de los medios de salud va más allá del ámbito de la medicina e involucra factores ambientales, económicos, biológicos y de estilo de vida.

Como sugiere el propio concepto, uno de los principales objetivos de la promoción de la salud es dar a las personas control sobre sí mismas para que sean personas más sanas. Además, este proceso está diseñado para:

- Cambiar las condiciones de vida que pueden afectar negativamente la salud.
- Desarrollar hábitos de vida saludables.
- Promover el acceso a oportunidades de información, económicas, científicas y tecnológicas para tomar control de la propia salud.

4.5.1 Visión religiosa

La creencia religiosa es una tendencia universalmente adaptada en el ser humano, que trasciende a épocas y culturas, cuyo estudio científico es relativamente nuevo. En concreto, se han investigado los posibles efectos positivos de la filiación religiosa sobre la salud de las personas, confirmándose que la población mayor puede ser la mayor beneficiaria por diversos factores

Las actividades religiosas están estrechamente relacionadas con la formación de las personas, abarcando todas las situaciones de tiempo y espacio, incluso enfatizando la tendencia de la creencia religiosa que es la fuerza más poderosa y compleja del pensamiento humano, y probablemente una fuerza indivisible lo que es parte de su naturaleza.

Además, las indagaciones han encontrado que las referencias al vínculo entre las creencias religiosas y la salud física o mental suelen ser más restrictivas cuando se trata de enfermedades graves o crónicas que implican un mayor estrés para el paciente (Koenig, 2004).

En cuanto al acceso a los recursos de salud, parece existir una relación directa entre el acceso a estos recursos y las actividades religiosas. De esta manera, mientras se promueven estilos de vida saludables, los grupos religiosos pueden promover una mejor atención médica (Koenig, et al 1998). Además, algunas creencias religiosas apoyan y proporcionan recursos e instituciones

relacionadas con la promoción de la salud. La influencia de las creencias religiosas en la salud física y mental es más profunda que la investigación en el campo material.

La religión y la relación salud enfermedad. Son creencias donde la religión y las prácticas religiosas pueden jugar un papel decisivo en el curso de la salud y la enfermedad. Según las creencias de la familia, dar sentido a la enfermedad y a la muerte, la fe es parte del afrontamiento de la situación es más o menos fácil su aceptación a través de las creencias y prácticas religiosas que promueven la supervivencia... La religión es una parte importante de la vida de las personas y puede facilitar estrategias de afrontamiento en situaciones estresantes como lo son la salud. (Villalba et al. 2012).

Al mismo tiempo, constituye una actividad de vigilancia epidemiológica que podría presagiar su importancia en el futuro.

Los aspectos religiosos y espirituales de los pacientes representan una mejor comprensión y conocimiento de sus creencias y valores, lo que permite una intervención más integral en relación a sus necesidades, ya que los pacientes deben ser entendidos como personas en su conjunto, no solo como casos aislados de enfermedades. (Villalba, 2012).

Por tanto, dado el trabajo publicado por Levin (2010) que se centra en este enfoque de la religión y salud, es conveniente considerar respuestas a los siguientes puntos para tener una base teórica mínima que permita vincular religión y procesos de salud y enfermedades en general.

1. ¿Qué es la religión y cómo se relaciona con la participación en actividades religiosas?
2. Cómo las tradiciones religiosas particulares difieren en su énfasis en las características comunes de las religiones (especialmente creencias, rituales y experiencias).
3. Cómo varían las tradiciones religiosas en su énfasis en la salud humana en general y en prácticas de salud específicas, (Levin, 2010). Las asociaciones significativas y precisas entre la religión y la salud solo pueden establecerse haciendo preguntas de manera que eluciden las características comunes y especiales de las tradiciones religiosas.

Respecto a la primera pregunta, Levin (2010) cree que las características de la religión (creencias específicas, ciertas emociones o temperamentos piadosos, como la piedad, la moral, los rituales, etc.) no deben considerarse excluyentes. Tolerancia mutua, como "características de fabricación religiosa" interrelacionadas. En religión, estas características son interdependientes.

Así mismo la segunda y tercera preguntan se responden como los rituales representan y usan acciones y objetos simbólicos que inducen ciertos sentimientos, reflejan creencias y demuestran y perpetúan una cierta comprensión del mundo (cosmovisión). Para los autores anteriores, el significado de religión es algo similar al significado de "estilo de vida" en el sentido de que cada concepto representa un conjunto de características en lugar de algún "factor" determinable (por ejemplo, una cosa o entidad aislable). (Levin, 2010).

Indagar las posibles relaciones entre la religión y el proceso salud-enfermedad significa abordar la identidad religiosa en un sentido multidimensional: no basta simplemente con indicar a qué religión pertenece una persona o si participa en un determinado tipo de institución religiosa.

4.5.2. Visión secular

Se define como el movimiento general, regular y continuo de una variable durante un largo período de tiempo, excluyendo las subidas y bajadas de las fluctuaciones cíclicas y la periodicidad de las fluctuaciones estacionales. En este sentido se entiende que representa la característica general amplia que la serie señala durante ese periodo. (Fernández-García et al. 2015).

Para la Real Academia Española (RAE), secular es aquel evento que dura un tiempo que lo determina el evento a determinar. Sin embargo, esta definición no se ajusta del todo a la teoría y modelos aplicados a la salud, donde los cambios en las variables suelen prolongarse durante periodos tan largos.

El término "tendencia a largo plazo" describe un cambio sistemático en una proporción de edad específica a lo largo del tiempo. Es el resultado de un conjunto complejo de factores sociales, epidemiológicos y demográficos que existen en las poblaciones a lo largo del tiempo. (Fernández-García et al. 2015).

Tendencia secular de la salud

Al valorar el cambio de la frecuencia de una enfermedad en un momento de tiempo y en una misma población, se pueden observar factores que dependen básicamente de tres efectos del tiempo: el efecto de la edad, el efecto del período y el efecto de la fecha de nacimiento (Wienke, et al., 2005).

El estudio sistemático de la tendencia secular de la salud pone de manifiesto diferentes fenómenos que ayudan a comprender su etiopatogenia (las causas y mecanismos de cómo se produce una enfermedad concreta). Al mismo tiempo, constituye una actividad de vigilancia epidemiológica que podría presagiar su importancia en el futuro. Así, el comportamiento secular (es decir, a lo largo del tiempo) de las enfermedades en un área determinada orienta la decisión sobre la necesidad de poner en marcha medidas preventivas y de control, (OPS, 2002).

El término de "tendencia secular" se describe el cambio sistemático en los valores específicos de salud en función del tiempo. Es el resultado de un conjunto complejo de factores sociales, la epidemiología y los datos demográficos que tienen una población a lo largo del tiempo. En la mayoría de las enfermedades crónicas con un componente de las causas ambientales, identificadas o no, se producen un período de décadas entre el contacto inicial con la causa principal de causa y efecto y el aspecto clínico de la enfermedad. De esta manera, los cambios en la observación de las tendencias seculares corresponden a variaciones de exposición creadas en años anteriores, cuando los jóvenes son objeto de la investigación.

Por esta razón, el analice los datos, prestando especial atención a la incidencia de la enfermedad específica de la edad, muy útil para interpretar las tendencias seculares y ayudar a explicar fenómenos específicamente observados. Los modelos de los períodos de edad se utilizan a menudo en estudios epidemiológicos que analizan la tasa de incidencia y la tasa de mortalidad de diferentes enfermedades, que en general, se pueden aplicar para cualquier situación que tenga la intención de evaluar la efectividad temporal en la aparición de un evento y relevancia futura.

Las tendencias seculares pueden proporcionar información sobre el impacto de los programas de detección temprana, las estrategias de prevención o la influencia de las nuevas terapias farmacológicas. Su explicación exacta también proporciona factores de toma de decisiones para distribuir recursos, especialmente relevantes en el tiempo histórico actual.

La utilidad de estudiar la tendencia es describir un modelo histórico, forma de proyecto o tendencia futura, elimina la tendencia secular de una serie de tiempo para eliminar la tendencia de la serie, esto facilitará el estudio de los otros tres. Los componentes. (Wienkeet al., 2005).

Característica de la tendencia secular aplicada a la salud

Entre las características de la tendencia secular utilizada en salud sobresalen:

- La permanencia es mayor en comparación a las tendencias cíclicas de corto plazo. Estas se pueden extender por un tiempo no determinado.
- Las tendencias seculares también son más constantes que las variaciones estacionales. Ya que las estaciones suelen repetirse cada año en determinados meses o temporadas.
- Genera cambios en los modelos de salud pública.
- Para estimar la tendencia secular de una variable existen diferentes métodos donde se puede calcular un promedio de los datos históricos, clínicos y sociales, ya sea de manera simple, ponderada o exponencial.
- Una variable puede ser afectada, al mismo tiempo, hasta por cuatro tendencias: Una secular, una cíclica, una estacional y otra irregular. Esta última es de carácter impredecible.

4.5.3. Visión científica

La ciencia es una de las áreas colectivas de la humanidad. Permite vivir más y mejor, cuida la salud, promueve nuevos medicamentos para tratar enfermedades y aliviar el dolor, ayuda a obtener agua para las necesidades básicas, incluida la alimentación, provee la energía de la vida y la hace más placentera, y puede desempeñar un papel en los deportes, la música, el entretenimiento y la última tecnología de medios. Por último, pero no menos importante, la ciencia nutre la razón y el conocimiento.

La ciencia contribuye a soluciones a los desafíos de la vida diaria y ayuda a aclarar los grandes misterios de la humanidad. En otras palabras, es una de las formas más importantes de adquirir conocimiento. Tiene un papel fundamental que beneficia a la sociedad en su conjunto:

genera nuevos conocimientos, mejora la educación y mejora la calidad de vida. Si dejar de hacer énfasis en la importancia de la ciencia en la evolución y promoción de la salud lo que, traído muchos beneficios a la sociedad, (Unesco, 2021).

Así mismo la publicación de los resultados de las investigaciones es una parte integral del desarrollo científico. Los investigadores promueven y comunican sus hallazgos a la comunidad científica y a la sociedad y la evidencia científica contribuye al conocimiento global, al bienestar humano y al desarrollo del país (OMS, 2019).

Por ello la redacción científica, es el lenguaje específico de los informes científicos y técnicos, tiene características únicas diseñadas para preservar la exactitud de las observaciones para comunicar los resultados con precisión de cómo va evolucionando la salud física y mental de las personas a través del tiempo y de los contextos. La comunicación científica eficaz también permite que otros científicos repliquen la investigación, en un mecanismo de autocontrol científico y de divulgación frecuente de nuevos hallazgos relacionados con la salud. (OMS, 2019).

Aun así, en el escenario académico universal, se considera que una disciplina científica se define por la especificidad de sus objetos de estudio, por el conjunto de teorías que la guían y por la relevancia de los procedimientos metodológicos para la solución de problemas de comprensión en este caso la salud. Su objeto de estudio y reflexión perpetua de publicaciones de su disciplina mantiene las compuertas abiertas para absorber nuevos descubrimientos. (García-Gallo, 1987 y Bunge, 1978) Una ciencia busca principalmente descubrir el orden de las relaciones que existen entre las cosas o hechos que componen su objeto de estudio, a partir de supuestos previamente formulados.

Es valioso estudiar la importancia de la producción científica en el campo de la salud, pues además de identificar las revistas científicas más activas, que se publican, también se pueden medir y evaluar los esfuerzos científicos en la producción de los nuevos avances y conocimientos en el área de salud. Fundamentándose con los registros de la base de datos en investigación bibliométrica, observacional, transversal y descriptiva, entre los años 2006 a 2015. (Carbajal-Tapia et al., 2019).

La investigación es la fuente de la verdadera solución de problemas; sin embargo, si el contenido de la investigación no es difundido y publicado, se dice que: “lo que no se publica no existe”; por ello, la publicación como parte de la comunicación científica y académica es un elemento clave de las obligaciones morales y éticas de todos los investigadores. A nivel internacional, la investigación es vista a diario como un elemento que tiene estrecha relación (aunque no necesariamente causal) con el desarrollo económico de un país, y la productividad de los investigadores refleja el mismo desarrollo y avance científico en las diferentes áreas del saber, quienes directa o indirectamente contribuyen al desarrollo de un país. (Carbajal-Tapia, 2019).

CAPÍTULO V. ENFERMEDAD

El bienestar del ser humano es un acto de subsistencia a largo plazo, se construye con hábitos de vida orientados a la salud, la supervivencia y la prosperidad física y mental para prevenir la enfermedad. La aceptación de la definición de salud inquieta en la forma en que los individuos la persiguen.

Los planes para mejorar la salud en la prevención de la enfermedad a menudo se discuten en estos días. Esto ha sido esencial para fortalecer y acelerar el proceso de desarrollo económico y social de un país. Sin embargo, también la enfermedad es un tema central de los niveles más altos de desarrollo social en los cuales se prevé que sean beneficiosos para la salud. Lo cierto es que una sociedad sana aprovechará las mejores oportunidades de educación, trabajo y bienestar.

5.1 Concepto de enfermedad

La palabra enfermedad proviene del latín *infirmus*, que significa «enfermedad, debilidad de corporal, con flexión o constitución, pereza salud». La palabra consiste en el prefijo de negación *in-* y *firmus*, que proviene de Sánscrito *dhruvah*, un adjetivo que significa "sólido, firme, robusto, fuerte". Por lo tanto, el significado *infirmus* se refiere a algo que no es firme, es decir, Es "débil, débil, impotente" (Corominas, 1984; Ernout, 2001; Bréal, (1918). Por lo tanto, la principal referencia al término enfermedad es "Cuerpo débil".

En el siglo XX, las preocupaciones sobre la definición general de enfermedad no se acrecentaron, sino que disminuyeron. Durante la primera mitad del siglo, sólo se "miraron" dos obras que trataban extensamente el tema. El primero, escrito por Henry Sigerist en 1946, titulado "Civilización y enfermedad", revela la conexión entre la conceptualización de la enfermedad por parte de la ciencia en sus diferentes expresiones sobre la conceptualización de enfermedad

En esta obra Sigerist (1946) "deslizó" el concepto moderno (Sigerist Aguirre 1946) según el cual la enfermedad es un proceso biológico en el que el cuerpo humano responde a estímulos que superan en cantidad o calidad de la aptitud del cuerpo al reaccionar, volverlo anormal y morbosos. Los síntomas corresponden al funcionamiento de un órgano lesionado o mecanismo de defensa que debe superar el malestar o síntoma. La enfermedad es la suma de las respuestas de un organismo o de sus partes a una estimulación anormal o excesiva.

La segunda obra de mitad de siglo, a cargo de Canguilhem, (1943) es publicada en 1956, "Le normal et le pathologique" (Lo normal y lo patológico), ensayo sobre la enfermedad este de gran influencia en Europa, y en Norteamérica y en el resto de países fue casi desconocido (Spicker, 1897).

Por tanto, el interés de Gillum, (1987) radica no solo en describir o comprender el fenómeno de la enfermedad, sino también en analizar el concepto de manera más amplia, vinculándolo a la inevitable subjetividad del ser humano, asumiendo que no existe un hecho normal o patológico en sí mismo: "El anormalidad en sí No son patológicas, simplemente expresan variantes de otras normas de vida; si estas normas son más bajas de lo que (usualmente) se consideran normas normales en términos de estabilidad, fertilidad y variabilidad, entonces serán llamadas patológicas.

Por esta razón, Canguilhem, (1943) define la enfermedad como un estado anormal (patológico) que predispone al cuerpo a resultados adversos, perjudiciales y tratables. Se opuso a la "visión" naturalista y estaba ingenuamente interesado solo en describir la naturaleza, en la que confundía objetos conceptuales con objetos fácticos. Para Canguilhem, (1943) la enfermedad es simplemente un predicado regido por sus aspectos valorativos y tradicionales.

En un avance más reciente, Temple (2001) refrendó la postura normativa:

Una enfermedad es un estado que, cuando se desarrolla en un individuo, aumenta el riesgo de consecuencias adversas. Tratamiento de las personas con una enfermedad para prevenir o mitigar las consecuencias adversas. El elemento clave de esta definición es el riesgo, las desviaciones normales no relacionadas con el riesgo no deben equipararse con enfermedad (p. 4).

Para los autores, en una época en la que se desconoce el genoma humano, el criterio decisivo ya no debe ser solo un cambio funcional, sino un defecto genético, un defecto que puede traducirse en resultados adversos.

Por ello, las definiciones generales de salud y enfermedad involucran consideraciones biológicas, sociológicas, políticas, filosóficas y muchas otras. Estas definiciones también son importantes porque delimitan las áreas apropiadas de epidemiología y salud pública. Pero incluso con un consenso sobre las definiciones generales, se enfrentan desafíos importantes para identificar

y clasificar la enorme diversidad de fenómenos relacionados con la salud que enfrentan la epidemiología y otras ciencias de la salud (enfermedades).

Esta es la razón por la cual el Diccionario médico ilustrado de Dorland (edición 28, Phila, Saunders, 1994): Enfermedad – “Cualquier desviación o alteración de la estructura o función normal de cualquier parte, órgano o sistema (o combinación de los mismos) del cuerpo, que se manifiesta como un conjunto característico de síntomas y signos”. (p.60).

Asimismo, desde 1949, la Organización Mundial de la Salud ha definido una enfermedad como “unas causas generalmente conocidas, un cambio o desviación en el estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, manifestado como síntomas y signos característicos, y su evolución es más o menos predecible ”(p.2).

La Organización Mundial de la Salud (2020) actualmente define una enfermedad como “un cambio o variación en el estado fisiológico de una o más partes del cuerpo, a menudo de causa desconocida, y que se manifiesta por síntomas y signos específicos, con características incluidas que son más o menos previsible.” (p. 1).

Seguramente esta es una definición de enfermedad es un poco incomprensible. Es obvio que la enfermedad es parte de la salud y parte de la vida como un todo. Además, es imposible evitar la enfermedad en los procesos biológicos como parte natural de la interacción de un individuo con el mundo que lo rodea, tanto a nivel ambiental como en contacto con otros humanos, animales y materiales en general. El concepto de enfermedad es tan amplio como la vida misma, así que veamos otra definición de enfermedad para aclarar posibles dudas.

Por lo tanto, cualquier estado en el que se deteriore la salud humana se considera una enfermedad. Todas las enfermedades implican el debilitamiento de los sistemas de defensa naturales del cuerpo o de los sistemas que regulan el medio interno. Incluso si se desconoce la causa, el trastorno casi siempre puede explicarse por cambios en los procesos físicos o psicológicos.

Al entender los conceptos de la medicina clínica. La enfermedad como un proceso biológico de un individuo, El segundo concepto, ecológico, ve la enfermedad como el resultado de una interacción desequilibrada entre el huésped y el medio ambiente. Este concepto coincide con el

primero porque una vez que se establece un desequilibrio, la enfermedad se identifica como la misma en el primer caso, (Laurell, 1982).

En la práctica epidemiológica, la mayoría de las definiciones de enfermedad se fundan en los criterios de sus manifestaciones y siguen la suposición general de que cuanto más equivalente sean las manifestaciones, más probable es que la enfermedad sea una sola entidad perjudicial. El objetivo es crear una clasificación que ayude en el estudio de la historia natural de la enfermedad y sus causas, así como en el tratamiento y la prevención de las mismas

La enfermedad es un trastorno físico o mental que provoca cambios en el funcionamiento normal del organismo (Fraile, 2013).

Las enfermedades se pueden clasificar según dos criterios:

1. Según el impacto en la población:

- Enfermedad esporádica: ocurre solo en algunos casos específicos y aislados población.
- Enfermedades endémicas: son enfermedades que se presentan en un área geográfica específica con más frecuencia que en la población general. no dan número donde hay muchos casos. Por ejemplo: bocio, lepra, enfermedad del sueño, enfermedad de Chagas.
- Enfermedades Epidemias: Son enfermedades infecciosas que se propagan Pronto, muchas personas se vieron afectadas. Por ejemplo: peste, influenza, fiebre amarilla, dengue, cólera y VIH. (Fraile, 2013).

2. Según origen:

- Las Enfermedades no transmisibles: Son enfermedades que no son causadas por patógenos (bacterias, virus, hongos o protozoos). Son enfermedades no transmisibles porque no son causadas por un organismo (microorganismo), virus. Por ejemplo: trauma, enfermedad degenerativa, enfermedad genética. (Fraile, 2013).

- Enfermedades infecciosas: enfermedades causadas por microorganismos patógenos Parásitos (bacterias, hongos o protozoos) y algunas estructuras a celulares (virus y priones). El crecimiento de patógenos en las células y tejidos del huésped se denomina Infectar, por ejemplo: sida, gripe, sarampión. (Fraile, 2013).

5.1.1 Visión científica

La revolución científica del siglo XVII, encabezada por Galileo (p. 30), abrió el camino correcto para comprender la enfermedad, gracias a la "invención" del método científico. La ciencia es codiciosa y despiadada en el manejo de cuestiones de hecho, lo que ha llevado a increíbles avances en biología y medicina en los últimos dos siglos. Desde entonces, figuras como Bernard y Comte han intentado responder a la pregunta: ¿Qué es una enfermedad? Pero lo han hecho con una "perspectiva científica". (Peña et al., 2002).

En relación a la enfermedad preocupa al menos las consideraciones valorativas, idealistas o mitológicas; que confía en el materialismo del punto de vista científico. El estado fisiológico alterado de la enfermedad para él no es más que:

Toda enfermedad tiene su propia función normal, es sólo una manifestación que perturba, exagera, disminuye o anula la capacidad física de una persona. Si actualmente no se puede explicar todos los fenómenos de las enfermedades, es porque la fisiología todavía no se encuentra suficientemente adelantada y porque todavía existe una multitud de funciones normales que nos son desconocidas. (Camacho, 2020, p, 43)

Bernard fue así uno de los principales en apropiarse de la actitud naturalista al precisar la enfermedad. (Peña et al., 2002).

En concreto, al describir el perfil científico a la medicina, la cual está relacionada con la necesidad de "medir" la enfermedad. Pero el camino hacia la ciencia médica es complicado donde el Javier Peterson et al. (1995) propone que la ontología de la enfermedad, son un efecto colateral asociado a este objetivo, a través del cual la enfermedad se transforma en un proceso puramente biológico, cambiando drásticamente no solo la práctica médica cotidiana, sino también con la relación médica en particular con el paciente, como entendido en la medicina tradicional (Valín, (2021)

Por ello la enfermedad es algo que determina a un enfermo, su comprensión se ha facilitado por la taxonomía clínica, apoyada en la anatomía, la fisiopatología y más recientemente en las interpretaciones moleculares, lo que facilita la atribución de la enfermedad como algo separado del paciente. El concepto de enfermedad está relacionado con lo que le sucede al paciente y es objeto de estudio previo a la decisión clínica. (Peterson et al.,1995).

Esta evolución de la práctica médica hacia la excelencia científica en la medicina tiene otros efectos secundarios que se seguirán abordando, por un lado, relacionado con el aumento desmesurado de los costos asociados a las pruebas diagnósticas para descartar enfermedades, y por otro lado, a la infraestructura y tecnología, que pueden poner en peligro la viabilidad del sistema (Camacho, 2020) Por otro lado , los efectos de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en la relación médico-paciente y la mediación desde el concepto más cercano de enfermedad son igualmente importantes.

Los grandes descubrimientos de la ciencia no suelen ser parte de una planificación de un plan para alcanzar una meta. Crear un algoritmo que responda a la pregunta no es suficiente. Los descubrimientos importantes requieren todo lo que debería ser humano, incluida la inconsciencia y el azar. [...] La razón no es suficiente. La existencia de la ciencia requiere una extraña mezcla de razón, contingencia e inconsciencia. Ignorarlo significa reconocer solo las posibilidades incrementales y no revolucionarias del progreso científico (Peterson et al.,1995).

Es en este contexto, y en el impulso de dotar a la medicina un carácter más científico, por ejemplo, donde se debe entender el impacto de estos servicios en el eje de la relación médico-paciente personal y la modalidad en línea. Las relaciones centrales en el marco de la atención clínica. Donde la centralidad de los datos recogidos a través de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como elemento de orden para la construcción de la práctica clínica ha venido tomando mayor demanda, contando con el apoyo a la gestión del sistema, orientando a la gestión remota, centrándose en el seguimiento y control de las actividades medico paciente de enfermería, suministros, farmacias, entre otras., especialmente en el aspecto de los costos aunque las personas prefieren a la atención presencial. (Peterson et al., 1995).

5.1.2 Visión religiosa

La psicología de la religión y la espiritualidad, que surgió en Europa y Estados Unidos a principios del siglo XX, ha dedicado las últimas dos décadas a estudiar temas religiosos y de salud con formas de afrontar situaciones negativas de la vida. Como tal, puede considerarse un campo que puede ser complementario a los enfoques de la psicología positiva (Yoffe, 2006).

En la psicología de la religión y la espiritualidad, Pargament (1997) adoptaron el concepto de "afrontamiento" (Lazarus et al., 1986) y desarrollaron el concepto de "afrontamiento religioso" como "una creencia y conducta utilizada para prevenir y/o mitigar las consecuencias negativas de los eventos estresantes y facilitar la resolución de problemas.

El estudio de la espiritualidad se incluyó solo en las dos últimas décadas del siglo pasado, por lo que el campo pasó a llamarse "Psicología de la Religión y la Espiritualidad", enfocándose más en el estudio de temas como la experiencia religiosa, la conversión, la creencia, la religión, entre otras. Y prácticas espirituales, varios modos de compromiso religioso y afrontamiento religioso. A mediados del siglo XX, los psicólogos se centraron cada vez más en temas como la religión y la espiritualidad (Hill et al., 2000) y la relación entre religión, espiritualidad, salud y enfermedad.

Actualmente, Millon et al. (2003), desde 1994 hasta 2001, señalo que en la relación clave de la religión y salud o espiritualidad en el bienestar se quintuplicaron en el centro de datos PsychINFO o Medline. Asimismo, ha aumentado la publicación de artículos y libros que describen la integración entre algunas rutas psicológicas y la religiosidad y espiritualidad en psicoterapia (Pargament et al., 1998).

Definitivamente, según Faller (2001), puede decir que la religión proporciona sentido a los acontecimientos de la vida que no pueden ser explicados por el sentido común. La psicoterapia, en la enfermedad se apoya en la religión, que está involucrada en la construcción y expresión del significado personal. Las personas a menudo recurren a la consejería en tiempos de crisis. Quieren encontrar respuestas a los problemas difíciles de la vida... sería positivo que los psicoterapeutas adoptaran creencias religiosas para comprender cómo dificultan o aumentan el progreso de sus pacientes.

La psicología religiosa y espiritual encuentra en la relación entre la psicología de la salud y la psicología positiva ha contribuido satisfactoriamente al estudiar la enfermedad o patología crónica, al considerar el proceso de enfermedad de la salud en términos de promoción, prevención e intervención positiva (Carr, 2007). Esto se puede llamar "Psicología de la Religión y Espiritualidad Saludable".

Para estos autores, la oración, o la práctica religiosa de la oración pueden tener un impacto positivo en la salud y la enfermedad, a través de estados anímicos y emocionales que promuevan la esperanza, el perdón, el aumento de la autoestima, la paz, la felicidad, la actitud de amor y la compasión.

Por ello, Yoffe (2006) aborda el tema de la religión y la creencia señalando:

- Sus sentimientos religiosos, sus creencias y sus propios principios religiosos para otorgar un sentido de sufrimiento de dolor, muerte y pérdida de sentido.
- El uso de determinados ejercicios, como el recitado de plegarias, rezos y plegarias como recursos, puede promover sentimientos y estados positivos de paz, seguridad, sosiego, compasión, paciencia, esperanza, etc.
- Participar en servicios religiosos grupales para sentir la compañía de los demás y reducir los sentimientos de soledad, pena y dolor.
- La importancia del apoyo y compañía emocional, intelectual y/o práctica de familiares y/o amigos.

Por lo tanto, se cree que diferentes creencias y prácticas de diferentes religiones son agentes de efectos positivos sobre la salud y la enfermedad, ya que reducen el estrés o toman medidas para prevenirlo. Esta visión es compartida por muchos de los autores estudiados, como el caso de Shafranske (1996, s.p), quien ve “la religión como una fuente potencial de salud mental”, o según Yoffe (2006, p. 5), “entre las personas religiosas, su comportamiento de Creencia como medida de protección frente a conductas adictivas negativas”.

Asimismo, Ortiz (1998) es citado por González (2004), “La religión juega un papel especialmente importante en su función de apoyo a la salud” (p. 7). La religión permite a las

personas abrazar el proceso de envejecimiento, la enfermedad, el dolor, la esperanza y los sentimientos más allá de la vida y de la muerte de una manera más positiva y asequible. De esta forma, los fortalece y mantiene una autoestima más alta en comparación con quienes no son religiosos.

Pero es cuando la salud y aparece la enfermedad en las personas y esta se ve comprometida muchas de ellas recurren a la religión para hacer frente a situaciones tan estresantes. Como comenta Hamui (2009, s.p), “Ante contingencias repentinas, la religión da sentido a la vida cotidiana, en la enfermedad, ante la incertidumbre, se pierde el sentido y se requieren programas culturales que restablezcan el orden, uno de los cuales es Proyecto Religioso”.

Pero la religión no siempre conduce al bienestar, como afirma González (2004), “los efectos negativos pueden provenir de sentimientos de culpa, miedo, ansiedad, reducción del control interno sobre sus decisiones de salud, entre otros, de sus seguidores” (p.9). Siendo la enfermedad un estado preliminar entre la vida y la muerte, surgen mediadores entre los dioses y los hombres: curanderos-sacerdotes, hechiceros, sacerdotes, etc. Quién pretende influir en el curso del evento de cambio. Para ello recurrieron a diversos actos, rituales y objetos, que constituyeron un rico material simbólico. Más específicamente en el cristianismo se ve en la reflexión de González (2004):

Destaca los aspectos éticos del sufrimiento y del proceso de ayuda al enfermo, promoviendo el sentido de ayuda, la igualdad de condiciones de trato, el valor del consuelo, la asistencia médica más allá de la posibilidad de curación, la atención gratuita por caridad, las valoraciones morales y terapéuticas de la convivencia con el dolor donde se incluye el sufrimiento y la incorporación de la oración y prácticas religiosas como la unión sacramental. (p.12).

Asimismo, “si la religión juega un papel importante en la evolución de la enfermedad”, entonces, “la relación entre los médicos y los enfermos incide en los estados emocionales y requiere mayor estudio”.

Como señala González (2004), “Para la identidad hay que tener en cuenta la religión, la edad, el género, la ocupación y la educación porque, al igual que ellos, determinan la forma de vivir de muchas personas, su cooperación y resultados en cualquier nivel de atención...Todo profesional de la salud debe respetar la espiritualidad de sus pacientes, aunque no la comparta, ya que la fe y la espiritualidad del paciente pueden ser una estrategia para tratar la enfermedad” (p.15).

Es por esta razón, y por la importancia de la religión en la enfermedad para una gran parte de la población, que los profesionales de la salud deben abordar este tema tanto como cualquier otra persona. La aceptación de los miedos, sentimientos, creencias, valores es crucial, un enfoque holístico en el individuo, incluyendo lo físico, emocional, social y espiritual. Esto facilita la movilización de los recursos necesarios para satisfacer todas las necesidades del enfermo, incluidas las necesidades espirituales. (González (2004),

La religión es un sistema de creencias prácticas, rituales y símbolos que permiten dar una respuesta positiva al proceso salud-enfermedad-cuidado, el uso de creencias y conductas religiosas que previenen y/o mitigan las consecuencias negativas y facilitan la resolución de problemas. La religión da esperanza, fuerza y coraje a las personas enfermas, las mantiene optimistas y esperanzadas en lo mejor, tiene un efecto positivo en su fisiología, las ayuda a vivir y les brinda paz y seguridad cuando sufren, aunque también puede ser doloroso pensar que la fuente de que Dios los ha castigado o abandonado. (González, 2004).

Por eso, el respeto a las necesidades espirituales es parte de la atención básica a los pacientes cuando están enfermos. Los profesionales de la salud deben respetar la espiritualidad ya que forma parte de sus valores, creencias y prácticas culturales y puede ser una estrategia eficaz para el enfrentamiento de la enfermedad. (González, 2004),

CAPÍTULO VI. COVID-19

El COVID-19 es una enfermedad respiratoria altamente contagiosa causada por el virus SARS-CoV-2. Se cree que el virus se transmite de persona a persona en gotitas de fluidos corporales cuando una persona infectada tose, estornuda o habla (NCI, National Cancer Institute 2021). También se puede propagar al tocar una superficie que tiene el virus y luego tocarse la boca, la nariz o los ojos, pero esto es menos común. Los signos y síntomas más comunes de COVID-19 son fiebre, tos y dificultad para respirar. A veces también hay fatiga, dolores musculares, escalofríos, dolor de cabeza, dolor de garganta, secreción nasal, náuseas o vómitos, diarrea y pérdida del gusto o el olfato. Los signos y síntomas pueden ser leves o graves y, por lo general, aparecen de 2 a 14 días después de la exposición al SARS-CoV-2. Algunas personas no tienen síntomas, pero pueden contagiar el virus. La mayoría de las personas infectadas con COVID-19 se recuperan sin tratamiento especial; Sin embargo, algunos corren el riesgo de desarrollar enfermedades más graves. Las personas con mayor riesgo son los ancianos y las personas con problemas de salud graves, como problemas cardíacos, pulmonares o renales, diabetes, cáncer y un sistema inmunitario debilitado. Las enfermedades graves incluyen neumonía e insuficiencia orgánica, que ponen en peligro la vida. Se están realizando investigaciones sobre el tratamiento de COVID-19 y la prevención de la infección por SARS-CoV-2. También conocida como enfermedad por coronavirus (OPS - OMS, 2020).

6.1 Aspectos generales de la COVID-19

Como ya se ha visto, la enfermedad por coronavirus (COVID-19) es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2.

La mayoría de las personas infectadas con el virus tienen una enfermedad respiratoria de leve a moderada y desaparecen por sí solas sin un tratamiento especial. Sin embargo, algunos se enfermarán gravemente y necesitarán atención médica. Los adultos mayores y las personas con afecciones médicas subyacentes, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas o cáncer, tienen más probabilidades de desarrollar enfermedades graves.

El SARS-CoV-2, que provoca la epidemia actual, es similar a otros CoV: y consta de un núcleo de ARN (el material genético del virus) y una membrana proteica que lo rodea. El nombre coronavirus proviene de las protuberancias (más parecidas a una corona) que sobresalen de su vaina. En la estructura del coronavirus se han identificado cuatro proteínas estructurales en el

SARS-CoV-2, que también se encuentra en otros coronavirus. Estas son las proteínas de espiga Spike (S), Envoltura (E), Membrana (M) y Nucleocápside (N).

El virus que causa la COVID-19, que se muestra en esta micrografía a color, es uno de los seis coronavirus que infectan a los humanos, algunos de los cuales causan el resfriado común y dos causan brotes peligrosos: SARS y MERS.

El coronavirus humano a veces puede causar enfermedades respiratorias del tracto respiratorio inferior, como neumonía o bronquitis. Esto es más común en personas con enfermedades cardiovasculares, personas con sistemas inmunológicos débiles, bebés y las personas de la tercera edad.

6.2 Contexto de la pandemia de coronavirus COVID-19

La pandemia COVID-19 representa un desafío social, económico, educativo y psicológico sin antecedentes en la humanidad. Los factores psicológicos son fundamentales para el éxito de los métodos de la OMS para prevenir la propagación de la infección en ausencia de vacunas y terapia antiviral científicamente probada, y los efectos secundarios del aislamiento, la cuarentena y el distanciamiento social, así como los factores económicos y ocupacionales. El panorama tras el brote y los efectos psicológicos de la desinformación y la difusión de mitos sobre la enfermedad. En este sentido, es importante comentar los factores psicológicos de la epidemia para adaptar las estrategias de salud mental pertinentes. Para lograrlo, es necesario utilizar bases de datos de los campos médico, psicológico y psiquiátrico, así como analizar las últimas publicaciones sobre psicología y COVID-19. Finalmente, la importancia de planificar y coordinar estrategias de atención psicológica durante una pandemia, teniendo en cuenta el potencial de una crisis psicológica en la comunidad, no es igual (Abad et al., 2020).

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades señalan la diferencia entre cuarentena (retirada y restricción de movimiento de personas que han estado expuestas a una enfermedad contagiosa) y aislamiento (retirada de personas con una enfermedad contagiosa de personas sanas) (CDCP, 2020). En este sentido, el distanciamiento social se diferencia de los conceptos anteriores en ser menos restrictivo (con mayor movilidad y contacto con la sociedad) y autoimpuesto. El distanciamiento social, la cuarentena y el aislamiento son estrategias sine qua non

en el control del Covid-19 para aliviar la presión sobre los proveedores de atención médica. Por ello, las disposiciones impulsadas por la OMS incluyen el cierre de escuelas, cancelación de eventos grupales y actividades comerciales, aislamiento de personas contagiadas, cuarentena de personas que hayan estado expuestas al Covid -19 y distanciamiento social de personas no infectadas.

6.2.1 Contexto mundial

El mundo se halla ante una crisis sanitaria y humanitaria sin antecedentes en el último siglo. El brote de neumonía viral en China y en todo el mundo está asociado con un nuevo coronavirus, el SARS-CoV-2 (Wu, *et al.* 2020). El agente causante pronto se identificó como un nuevo coronavirus, que más tarde se denominó SARS-CoV-2. Muchos de los primeros casos estaban relacionados con el mercado de mariscos de Huanan en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, de donde se especula que se originó la fuente probable zoonótica (Lu, *et al.* 2020). Aunque los murciélagos son posibles huéspedes reservorios del SARS-CoV-2, se desconoce la identidad de cualquier huésped intermediario que pueda haber facilitado la transferencia a los humanos.

En un principio, solo las muestras tomadas del mercado habían sido reportadas como positivas para SARS-CoV-2 por el Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades (Cohen, 2020). Sin embargo, dado que mercados húmedos similares estuvieron implicados en el brote de SARS de 2002-2003, parece probable que los animales salvajes de otros mercados estuvieran involucrados en la aparición del SARS-CoV-2. Aunque ahora se ha identificado un coronavirus que está estrechamente relacionado con el SARS-CoV-2, presente en una muestra de un murciélago *Rhinolophus affinis* en Yunnan en 2013 (Zhou *et al.* 2020), aún no se han detectado virus similares en otras especies de vida silvestre.

6.2.2 Contexto de la pandemia de coronavirus COVID-19 en México

Según datos al 15 de noviembre de 2021, la mayoría de los casos de COVID-19 en México se han registrado en la Ciudad de México. Las autoridades han confirmado un total de 977,533 casos del nuevo coronavirus. Por su parte, el Estado de México ha registrado un total de 376,632 pacientes contagiados. Los otros estados mexicanos más afectados son Nuevo León, Guanajuato, Puebla y Jalisco.

En México se han registrado más de dos millones de casos acumulados y la cifra de muertos por la enfermedad ya supera los 230 mil. México es el cuarto país latinoamericano con mayor número de casos de COVID-19, mientras que Brasil sigue siendo el país latinoamericano con mayor número de contagios en la región con casi 20 millones de personas contagiadas.

6.2.3 Contexto Estado Tlaxcala

Debido al creciente número de pacientes infectados con SARS-CoV-2, las unidades médicas no están equipadas estructural y organizativamente para manejar pacientes con infección respiratoria aguda por SARS-CoV-2. De igual forma, los trabajadores enfrentan una situación epidemiológica indeterminada y desconocida. De forma paulatina, aumenta la necesidad de atención de pacientes con problemas respiratorios infecciosos causados por el SARS-CoV-2, dificultando el proceso para la atención de problemas relacionados con el COVID-19, para evitar la propagación de la enfermedad.

Después de la necesidad de cuidar al paciente con los problemas de las infecciones respiratorias agudas de SARS-COV-2, se ha enfatizado: la falta de infraestructura (espacio, cama, equipo, material médico), fuente de recursos humanos (empleados sanitarios, clasificación de módulos respiratorios, áreas para COVID-19, capacitación), físicos (insumos, medicamentos, oxígeno, torres de alto flujo, diagnóstico de apoyo) y presupuesto financiero (reparación o expansión, contrato de personal o tiempo inusual, dispositivos electrónicos). Además, un protocolo específico y agradable para la atención de este tipo de paciente.

El problema se ha presentado a un mayor nivel de hospitalización médica y almacenamiento de emergencia, donde se respalde la gravedad de los síntomas, la presencia de muchos pacientes, seguidos de los servicios de consultas externos de primera clase, donde los pacientes infecciosos se mezclan con pacientes, no COVID-19. En segundo lugar, el servicio de hospitalización ha estado saturado por la necesidad de cuidar al paciente con el tema de la infección aguda de SARS-COV-2 y el paciente está sujeto a otros problemas psicológicos, sociales y económicos.

La dificultad se inició con la pandemia, sin embargo, hubo tres momentos más importantes: a mediados del año a 2020, a fines de diciembre de 2020 y principios de enero de 2021, y en tercer trimestre del 2021 durante la pandemia que llevo a la participación de tres niveles del gobierno de áreas regulatorias con la implementación de instrucciones y protocolos; en respuesta al COVID-

19. Estas fueron la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, los Cuerpos de Gobierno de las Unidades Médicas y el Personal Operativo.

En el 2020 pasará a la historia como el año más adverso para la humanidad para la salud y la enfermedad inesperada para la cual no se estaba preparado También será recordada por la peor crisis económica de la gran historia desde la pandemia de la gripe de 1918. Sin duda se sentirán las consecuencias sociales durante mucho tiempo. La pandemia ha afectado directa o indirectamente a todos los habitantes del planeta. En otras palabras, hasta el momento, más del 10% de la población mundial se ha infectado con el nuevo coronavirus. Los promedios ocultan el hecho de que, en muchas partes de Europa, Estados Unidos, Brasil y México, estas tasas pueden ser mucho más altas de lo que revelan las fuentes de información estadística. (Sánchez-Talanquer, *et al.* 2021)

La falta de infraestructura, personal capacitado, insumos y presupuesto han dificultado el cuidado de los pacientes con problemas respiratorios causados por SARS-COV-2, afectando el tiempo del hospital, la presencia de complicaciones y el aumento de la mortalidad, por lo cual se requiere la atención institucional y la instrucción del personal que presta la atención de los pacientes COVID y NO COVID que garanticen la vigilancia del paciente en el estado de Tlaxcala.

Con más de 10,000 muertes por semana, el COVID-19 ahora es la 3ra causa de muerte a nivel mundial, en México es la primera causa de estimación de pronóstico En julio, 4 millones de personas en todo el mundo morirán por COVID-19. Estos números no tienen en cuenta el aumento de muertes que están indirectamente relacionadas con las muertes causadas por la epidemia. La pandemia de COVID-19 representa una situación que cambia rápidamente, lo que la convierte en una pandemia que cambia digitalmente de manera prematura. Sin embargo, la esperanza de establecer términos de lecciones y recomendaciones a corto y largo plazo, seguirán siendo válidas. (Sánchez-Talanquer et al, 2021)

La ciencia ha vuelto al rescate de la humanidad, desarrollando diagnósticos y una vacuna en un tiempo récord. Esta prueba ayuda a medir la extensión de la pandemia, en algunos países, y rastrear y aislar con una atención eficaz a los infectados. Las vacunas eventualmente controlarán la pandemia, suponiendo que también se aplica el uso de mascarillas y otras intervenciones no farmacológicas.

La historia de salud de la Ciudad de México es la historia de miles de mexicanos infectados con SARS-CoV-2. Incluir la tragedia de innumerables familias pobres y las condiciones extremas en que los trabajadores de la salud tratan a los pacientes durante el año pasado. Como se conoce, México tiene una de la población más grande del mundo, es un país con el mayor número de muertes reportadas por COVID-19 a nivel mundial y el cuarto más alto del mundo, con una mortalidad mayor de los países con datos disponibles. (Sánchez-Talanquer, et al 2021)

La descripción anterior refleja varias características definitorias de México en la pandemia de COVID-19. con Altas tasas de transmisión dentro de los hogares, muchos de los cuales viven en La vivienda multi generacional están superpoblados y debe equilibrar la salud y sus necesidades Económicamente, dada la falta de programas gubernamentales de apoyo. Pocas y tardías pruebas. Retrasos en la búsqueda de atención médica debido a la preocupación de que los pacientes busquen atención médica una vez ingresados en el hospital Posible infección o muerte. Una campaña del gobierno que prioriza mantener la apariencia y La política partidista antes que la salud.

Es difícil encontrar camas en hospitales superpoblados Un momento crítico en el brote, incluso cuando las estadísticas oficiales continúan mostrando disponibilidad. Requiere recurrir a médicos en varios campos, personal sin experiencia y residentes. Responder a las emergencias, a menudo sin proporcionarles la capacitación o el equipo necesarios. Protección personal adecuada (EPP). Angustia emocional inusual entre los profesionales de la salud. Finalmente, el terrible daño a los sistemas de salud por una pandemia fuera de control Dada la incapacidad del gobierno para coordinar la respuesta, se sobrecarga y afecta a la gente común e implementar políticas fuertes para controlar el contagio, rompiendo así el equilibrio entre los dos Gestionar los componentes de prestación de servicios y salud pública de la pandemia (Sánchez-Talanquer, et al, 2021)

Las autoridades mexicanas confirmaron el primer caso de COVID-19 el 28 de febrero de 2020, aunque en su versión actual, la base de datos oficial incluye casos positivos (SS) de hace un mes. Un año Posteriormente, a mediados de febrero de 2021, se reportaron más de 2 millones de contagios, o el 94,6% Lo cual fue confirmado por RT-PCR o detección de antígeno. El 5,4% restante de los pacientes Diagnosticado con COVID-19 basado en la presentación clínica y la asociación epidemiológica, siendo Tlaxcala la que representa el 66% de infestados por Covid -19 para el 2020. Falta de resultados de prueba válidos (Sánchez-Talanquer, et al, 2021).

Según los datos epidemiológicos oficiales, al 26 de febrero de 2021 el 10% de los pacientes con diagnóstico confirmado de COVID-19 fallecieron sin acceso a un hospital. La proporción llega al 27.6% en el estado sureño de Tabasco, al 21% en Tlaxcala, y al 20.7% en San Luis Potosí. Los análisis muestran que el género masculino, la edad joven y la obesidad son factores predictivos importantes del riesgo de muerte si los pacientes no ingresaban en el hospital cuando tengan COVID-19 confirmado.

Los datos muestran que México está fallando en una pandemia relacionada con el país comparable. Aunque el país tiene una de las tasas más altas de casos y muertes de COVID-19 Toma la última posición en la aplicación probada. Esta falta de evidencia significa que El infra diagnóstico y el sobre registro de muertes por COVID-19 es muy grave (Sánchez-Talanquer, et al, 2021)

Para algunas personas, el tiempo es el 5% o el 10% de su vida en un año, y se aplica a otras personas hasta una quinta parte de su edad. Hoy en día, intentar acercarse a las respuestas a estas preguntas es cada vez más importante a la hora de mantener la gestión la pandemia requiere distanciamiento social y medidas sanitarias que seguirán impactando la vida de los menores de 18 años edad en la mayor parte del mundo. (Lachica et al, 2020).

La Pandemia y el confinamiento desde el 25 de marzo gobernador de Tlaxcala confirmó primer caso positivo de COVID-19.17 Al 3 de agosto había 4.731 casos confirmados, 44% de los cuales fueron mujeres y 56% hombres. El mismo día se registró la muerte. Cuatro niñas de 0 a 4 años y una niña de 10 a 14 años. Próximo La tabla muestra los casos de niños y adolescentes infectados en la entidad.

Los municipios con mayor número de contagios son Tlaxcala, Apizaco y Chiautempan, que concentran un tercio de los casos presentados. 718 personas fallecieron en la entidad. Las alertas epidémicas en Tlaxcala por COVID-19 tuvieron su mayor riesgo para la mitad del año 2020. (CDH-CM 2020)

En Tlaxcala, desde Continúan las actividades educativas con clases en línea el 17 de marzo Hasta el final del año escolar el 19 de junio. Se informa que las clases presenciales El próximo ciclo comenzará el 31 de agosto, siempre que la salud lo permita. permitir.23 Según indicadores

preliminares de la Secretaría de Educación Pública (septiembre), Matrícula en educación preescolar en el curso 2019-2020 El tope promedio en Tlaxcala es de 335,858 niños y adolescentes. (Lachica et al, 2020)

6.3 Estrategia de vacunación contra la COVID-19

De acuerdo con la Organización Mundial De La Salud, define una vacuna es un preparado a base de microorganismos (muertos, débiles o vivos), como bacterias, hongos, parásitos y más limitadamente virus o rickettsias (se transmite a través de pulgas de rata y gato.), que se administra a una persona para prevenir, aliviar o tratar una enfermedad infecciosa. (OMS 2021)

Las vacunas se administran para generar inmunidad contra microorganismos específicos en el receptor. En general, las personas están frecuentemente expuestas a bacterias que causan enfermedades (en el aire, en los objetos, en los alimentos y durante las relaciones sexuales). (OMS 2021).

El propósito de las vacunas es estimular los mecanismos de defensa naturales del organismo, para producir anticuerpos contra bacterias específicas. Si una persona vacunada es atacada por gérmenes, el cuerpo está preparado para responder. El riesgo es bajo porque la cantidad de bacterias utilizadas en la vacuna y la duración de la exposición se controlan cuidadosamente (OMS 2021).

6.3.1 Características generales de la vacunación

Vacunarse es una forma fácil, segura y eficaz de protegerse de enfermedades perjudiciales para el cuerpo. Las vacunas activan las defensas naturales del cuerpo, lo que les permite aprender a combatir infecciones específicas y fortalecer el sistema inmunológico.

Después de la vacunación, el sistema inmunológico produce anticuerpos, al igual que cuando se está expuestos a una enfermedad, excepto que la vacuna contiene solo microorganismos muertos o debilitados (como virus o bacterias) que no causan enfermedades ni complicaciones. (OMS, 2021).

La mayoría de las vacunas se administran mediante inyección, pero otras se tragan (por vía oral) o se rocían en la nariz.

6.3.2 Como actúan las vacunas

Las vacunas activan las defensas naturales del organismo, reduciendo así el riesgo de enfermedades. Actúan liberando una respuesta del sistema inmunitario, que:

- Identificación de microorganismos invasores (por ejemplo, virus o bacterias) que fabricar anticuerpos, que están naturalmente presentes en las proteínas del sistema inmunitario que combaten las enfermedades;
- Recuerda la enfermedad y cómo combatirla. Si en el futuro te expones a los microbios protegidos por la vacuna, el sistema inmunológico puede destruirlos rápidamente antes de que se empiece a sentir mal.
- En última instancia, las vacunas son una forma de prevenir y asegura de promover una respuesta inmunitaria para mitigar las enfermedades. (OMS, 2021)

El sistema inmunológico está diseñado para recordar. Después de una o más dosis de una vacuna contra una enfermedad específica, a menudo se está protegido durante años, décadas o incluso toda la vida. Es por eso que las vacunas son tan efectivas: en lugar de tratar la enfermedad tal como aparece, evitan las personas se enfermen. (OMS, 2021).

6.3.3 Clasificación de las vacunas para el Covid-19

El 26 de noviembre de 2021, se agregaron las siguientes vacunas a la lista de la OMS para uso en emergencias:

- BNT162b2 de Pfizer-BioNTech, 31 de diciembre de 2020.
- Oxford/AstraZeneca, 16 de febrero de 2021.
- Janssen Ad26.CoV2.S, 12 de marzo de 2021.
- Vacuna COVID-19 de Moderna (mRNA-1273), 30 de abril de 2021.
- Vacuna COVID-19 de Sinopharm, 7 de mayo de 2021.

- Vacuna Sinovac CoronaVac, 1 de junio de 2021.
- Vacuna BBV152 (Covaxin) de Bharat Biotech, 3 de noviembre de 2021.

6.3.4 Características

- Las vacunas contra COVID-19 no requieren pruebas de laboratorio para detectar anticuerpos (serología) o infección por SARS-CoV-2 antes de su administración.
- Dada la falta de información sobre la seguridad y eficacia de la vacuna en estos grupos, y dado que no se han realizado ensayos clínicos en estos grupos, no es adecuada para su uso en mujeres embarazadas o lactantes ni en niños menores de 16 años.
- La vacuna Oxford/AstraZeneca solo está disponible para personas menores de 56 años y personas sin enfermedades graves.
- No se requiere una prueba de embarazo antes de la vacunación. Si la vacunación ocurre en un embarazo no deseado, no se recomienda la interrupción del embarazo, pero se debe poner en conocimiento del personal de salud de referencia para dar seguimiento a estos casos.
- Los estudios de vacunas no incluyeron a personas menores de 16 años (Pfizer/BioNTech y Moderna/Lonza) o 18 (Oxford/AstraZeneca), razón por la cual los jóvenes no participan actualmente en esta campaña de vacunación.
- Se sabe que la mayoría de las personas que contraen COVID-19 reciben protección durante varios meses, pero no está claro cuánto durará esa protección. La evidencia actual sugiere que la eventual reinfección con SARS-CoV-2 dentro de los 90 días de la infección inicial es rara. De acuerdo con esto, la vacunación de personas diagnosticadas con la enfermedad 90 días antes de la vacunación puede retrasarse para priorizar la vacunación de personas que aún no están enfermas.
- No deben utilizarse en personas que hayan tenido una reacción alérgica a una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19 o alguno de sus componentes, o que tengan antecedentes de reacciones alérgicas graves.

- La vacunación de las personas con síntomas sospechosos de COVID-19 se retrasará hasta que se haya descartado la enfermedad mediante pruebas de laboratorio o, en caso de positivo, hasta que finalice el período de aislamiento correspondiente. Los pacientes con COVID-19 recientemente confirmados por laboratorio también serán diferidos hasta el final de su período de cuarentena, al igual que aquellos que han estado en contacto cercano con casos confirmados.
- Al igual que otras vacunas, la vacuna contra el nuevo coronavirus no es obligatoria.
- Después de la vacunación, las medidas preventivas deben continuar de la misma manera.
- La lucha contra la pandemia depende de un conjunto de medidas preventivas, cada una de las cuales, por complementarse, tiene un papel importante las vacunas. El virólogo australiano Ian M. Mackay describe esto y utiliza una estrategia de queso suizo para prevenir el COVID 19. Con diferentes capas (medidas) creamos una barrera para prevenir este riesgo, cada loncha de queso suizo (medidas) tiene sus agujeros (defectos) y combinándolos proporciona una mejor protección contra los virus”.

6.3.5 Aplicación de la vacuna en Tlaxcala

La Delegación de la secretaria de Tlaxcala (Secretaria de Salud [SESA], 2021) informó que la dosis que se aplicaron de la vacuna contra la COVID-19 fueron:

- **Sinovac:** con un total de dos dosis para el 2021, con una eficacia del 100% para casos graves y moderados de la enfermedad, 77.96 % para casos leves, que requieran atención ambulatoria y 50.38 % para casos muy leves, que no requieren atención médica, dentro de la población excluida se encuentran los menores de edad y mujeres embarazadas con diagnóstico de alto riesgo, sus contraindicaciones son: no deben aplicarse la vacuna, las personas con antecedentes conocidos de alergia graves con síntomas potencialmente mortales con alguno de los componentes de la vacuna. Pregunta al personal de salud por los detalles de los componentes.

- **Pfizer:** cuenta hasta el momento con dos dosis más una vacuna de refuerzo, La eficacia con ambas dosis es superior al 94%; aunque se excluye por el momento si las personas vacunadas al contagiarse de COVID-19 podrán infectar a otros.
- **AztraZeneca:** con dos dosis administradas por vía intramuscular (0,5 ml cada una) separadas por un intervalo de entre 8 y 12 semanas y una eficacia del 63,09% contra la infección sintomática por SARS-CoV-2. Los intervalos más amplios entre dosis dentro del rango de 8 a 12 semanas están asociados a una mayor eficacia de la vacuna.

Los días de vacunación, los responsables de registrar, aplicar y supervisar las vacunas son una brigada de “caminantes” integrada por servidores públicos, personal del Ministerio de Bienestar, médicos y enfermeras, y miembros de la Sedena y la Guardia Nacional. (Cazares Alondra 2021)

6.3.6 Características y porcentaje de efectividad

En México los estados más afectados por el coronavirus 2021 Publicado por Statista Research Department, 16 noviembre 2021. Según los datos al 15 de noviembre de 2021, la mayoría de los casos de COVID-19 en México se han registrado en la Ciudad de México. La entidad federativa ha confirmado un total de 977,533 nuevos casos de coronavirus. En el Estado de México se han registrado un total de 376,632 pacientes infectados. Los otros estados mexicanos más afectados son Nuevo León, Guanajuato, Puebla y Jalisco.

En México, el acumulado de casos registrados supera los 2 millones, y más de 230.000 personas han fallecido a causa de la enfermedad. México tiene el cuarto mayor número de casos confirmados de COVID-19 en América Latina, mientras que Brasil sigue siendo el país latinoamericano con más contagios en la región, con casi 20 millones de personas infectadas.

La vacunación es una forma sencilla, segura y eficaz de protegerse de enfermedades perjudiciales antes de exponerse a ellas. Las vacunas activan las defensas naturales del cuerpo para que aprendan a combatir infecciones específicas y fortalezcan el sistema inmunológico.

6.3.7 Características después de ser vacunado de acuerdo al SESA (2021):

- Las posibilidades de ser hospitalizado con COVID-19 son casi nulas.
- Ayude a proteger a las poblaciones vulnerables que no pueden ser vacunadas.
- Es menos probable que el virus se propague y mute de formas más peligrosas.
- Estar completamente vacunado le permite regresar a muchas de las actividades que hacía antes de la pandemia.
- Algunas personas completamente vacunadas aún pueden contraer COVID-19 si se exponen. Estos se llaman "casos innovadores". Ninguna vacuna es 100% efectiva, pero las personas completamente vacunadas tienen muchas menos probabilidades de ser hospitalizadas o morir que las personas no vacunadas.

APARTADO II.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

METODOLOGÍA

1 Planteamiento del problema

Desde su origen, el hombre ha sido víctima de graves infecciones y pandemias que a través de los tiempos han sido una de las principales causas de muerte. Algunas de las enfermedades más devastadoras son siempre aquellas que son provocadas por nuevos microorganismos que afectan a un amplio segmento de la población.

Y actualmente no es una excepción, ya que en diciembre de 2019 fueron reportados una serie de casos de pacientes hospitalizados con una enfermedad nueva caracterizada por neumonía e insuficiencia respiratoria, a causa de un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2), un nuevo beta-coronavirus de la familia de los *Coronaviridae*, llamado así por su cápsula lipo-protéica de forma esférica rodeada de múltiples espículas (glicoproteínas-S) que le dan aspecto de corona. El material genético en su interior es una sola cadena de ácido ribonucleico (RNA) de sentido-positivo. La proximidad genética con dos coronavirus presentes en los murciélagos hace altamente probable que ese sea su origen, con la posible participación de uno o varios hospederos intermediarios, con inicios en la provincia de Hubei, China (Wu et al., 2020)

El 11 de febrero de 2020, la Organización Mundial de la Salud [OMS, 2020] nombró este agente etiológico como COVID-19 (Coronavirus Disease, 2019). Posteriormente, y a pesar de las extensas medidas de contención, la enfermedad ha continuado avanzando hasta afectar al resto de los países de Asia, Medio Oriente y Europa, declarando a esto una emergencia sanitaria mundial, resguardando a la población bajo cuarentena, sin embargo, la atención a los pacientes críticos con neumonía por COVID-19 durante la pandemia ha sido el reto más importante afrontado por la Medicina Intensiva en toda su historia.

El sector salud en colaboración con diferentes profesionales de múltiples países comenzaron con una búsqueda intensa en el tratamiento de la neumonía por COVID-19, sin embargo, se afrontaron en su momento con miles de limitantes que en la historia de la ciencia y medicina se habían enfrentado, pues se trataba de una nueva enfermedad junto con sus diferentes mutaciones genéticas a lo que ha obligado a la sociedad en general a una permanente actualización de los protocolos asistenciales (Campo, 2006)

La pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) ha impuesto a cada espacio geográfico necesidades específicas a la hora de enfrentarla y de prepararse para futuros escenarios poblacionales. Su expresión actual durante la fase aguda en México ya puede asumirse como una

tragedia sanitaria y social, cuyas repercusiones quedan ocultas de manera transitoria tras la incertidumbre, la información contradictoria y la necesidad de salir pronto de este escenario catastrófico.

Por otro lado es importante enfatizar en la perspectiva conductual y lograr una mejor comprensión de las respuestas de los grupos sociales afectados, ya que el impacto psicosocial puede exceder la capacidad de manejo de la población afectada; pues se estima un incremento de la incidencia de trastornos mentales y malestares emocionales, de acuerdo con la magnitud de la epidemia y el grado de vulnerabilidad de la población, es decir, no solo la pandemia a afectado fisiológica y orgánicamente a los seres humanos, sino mentalmente también, poniendo en juego la salud mental y física de la sociedad, podemos considerar la existencia de la paranoia social y otros malestares se incrementan ante el desconocimiento de la naturaleza del virus, su modo de transmisión, de los focos de infección, de las formas de defensa sanitaria ante la amenaza de la epidemia; lo influencia la población en lo que se ha dado por nombrar una cultura de la muerte, con todas sus consecuencias y efectos inmediatos (OMS, 2016). Hay varios factores que aumentan estos malestares sociales o el estrés durante el periodo de contingencia, entre los que se encuentran el miedo al desabastecimiento, la sobreinformación, el temor a infectarse y la incertidumbre.

No obstante, existen diferentes factores involucrados en la pandemia, donde encontramos a los medios de comunicación, los cuales, se caracterizan por una dualidad en su naturaleza, por un lado, son empresas comerciales de carácter lucrativo y por otro tienen una enorme responsabilidad social por el servicio público que brindan; por ejemplo, información sobre catástrofes como las epidemias donde pueden ser usadas potenciando y manipulando el interés del público. Sin embargo, hay que insistir en que los medios de comunicación deben contribuir responsablemente a la tranquilidad ciudadana ofreciendo noticias veraces y equilibradas que orienten correctamente. Para ello, el Sector Salud debe coordinar con la fuerza pública y organizaciones de ayuda humanitaria la contención, atención y control del público, que en la mayoría de los casos no es agresivo, pero por su gran cantidad, es indispensable organizarlo para brindarle una adecuada información (OMS, 2012).

Aunado al tema, la medicina es una profesión vocacional, una profesión que requiere mucho sacrificio. Durante estos días de emergencia sanitaria, el trabajo del médico y del resto de profesionales sanitarios está siendo extremadamente duro. Horas de trabajo interminables, en unas

condiciones de falta de recursos y de estrés, en contacto continuo con el sufrimiento humano, y poniendo en riesgo su propia vida. Siguiendo esta línea, en el campo de la salud, se ha hecho evidente la necesidad de profundizar en las creencias y actitudes de los profesionales, pues en ellos estas pueden afectar la calidad de la atención médica, especialmente aquellos provenientes de procesos de salud más complejos, principalmente cuando se descubre la actitud del personal de salud hacia los pacientes, al tomar mayor responsabilidad y atención a la vida y promover el crecimiento personal para aceptar la situación por la que atraviesan. (Ascencio et al., 2014).

Tomando en cuenta que las creencias “son estructuras relativamente estables que representan lo que existe para el individuo más allá de la percepción directa”(Pepitone, 1991, p. 63), así como las creencias son un estado interno del ser humano que junto con otras propiedades pueden explicar comportamientos diversos frente a estímulos variados; determinando una estructura general de conducta (Pajares, 1992; Villoro, 1996, como se citó en Silva, Bustos, Corona, et al., 2016) de tal manera que el sistema de creencias es uno de los marcos más utilizados dentro de la psicología social para explicar el porqué del comportamiento humano, dando así una aportación significativa ante el avance de estudios psicológicos en la actualidad.

Mientras que el estudio de las actitudes constituye un valioso aporte para examinar, aprender y comparar la conducta humana, entendiendo que las actitudes representan el sentimiento general favorable o desfavorable de una persona hacia algún objeto de estímulo, considerando que cuando una persona forma creencias sobre un objeto, automáticamente y simultáneamente adquiere una actitud hacia ese objeto (Fishbein y Ajzen, 1975), también es un valioso predictor del comportamiento. Así mismo la actitud se refiere a los sentimientos hacia o contra un objeto social, ya sea una persona, un hecho social o cualquier producto de la actividad humana. (Young et al, 1967). Debido a esto, es importante recordar que como sociedad somos un sistema y cada parte es fundamental en el todo, de tal forma que una persona con cierta actitud puede influir ya sea de manera favorable o desfavorable en los demás.

Debido a que las creencias y las actitudes están íntimamente relacionadas, Zanna et al, (1988, como se citó en, Briñol et al, 2007) mencionó que tienen tres componentes principales: el primer componente es cognitivo donde se incluyen los pensamientos y creencias de la persona acerca del objeto de actitud, seguido del componente afectivo, en este se agrupan los sentimientos emociones asociados al objeto de actitud y finalmente se encuentra al componente conductual

dónde se recogen las intenciones o disposiciones de la acción así como los componentes dirigidos hacia el objeto de la actitud.

Sí bien la relación entre creencias y actitudes es estrecha, de acuerdo con Perlman et al. (1986) menciona que mientras las actitudes se refieren a una evaluación favorable o desfavorable de una persona hacia un objeto, las creencias representa la información que esta persona tiene acerca de este objeto, de esta manera el ser humano puede tener actitudes y creencias acerca de todo, es decir, ante un cierto grupo de gente, objetos, problemas, etc.; dándole a cada uno de ellos atributos o características que pueden estar vinculados al objeto como dentro de sus cualidades, de esta manera la gente puede definir en fuerza sus creencias, ejemplo de ello, si un individuo tiene una actitud positiva o negativa hacia algo esta va a depender de si las creencias relevantes son evaluadas positiva o negativamente y de la fuerza en la cual son sostenidas estas creencias. En otras palabras, las actitudes son sentimientos hacia un objeto mientras las creencias son eslabones cognoscitivos entre el objeto y varios atributos, generando así intenciones conductuales las cuales desarrollan una conducta específica en las personas.

Con base a lo anterior es de relevancia a esta investigación conocer ¿Cuáles son las creencias y actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala y si, existe relación entre ellas?

Si bien, la importancia de incorporar a las creencias y actitudes en temas de salud, enfermedad y vacunas, y relacionándolas con los profesionales de la salud en las diversas instituciones médicas con el propósito de identificar el tipo de cada una de ellas entre los temas de estudio, puesto que los médicos y profesionales de la salud desempeñan una representación social simbólica ante sus pacientes, como se menciona en el estudio “Conductas autoritarias y de poder en la práctica médica” realizado por Presilla et al. (2012) exponiendo que la mayoría de los pacientes acuden a profesionales de atención médica como recurso de información confiable, generando una relación médico-paciente donde se identifican circunstancias que ponen a prueba el poder de decisión del profesional pues muchas veces se presentan situaciones extremas donde los conocimientos recibidos en la carrera no son suficientes; también expone que en la práctica diaria el equipo de salud puede correr el riesgo de establecer conductas autoritarias y de poder sobre la conducta en salud del paciente. Conforme a ello la influencia de los profesionales de la salud ante

sus pacientes va a determinar actitudes favorables o desfavorables respecto a la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19, puesto que se entiende que la influencia de una autoridad o persona de confianza y a través del aprendizaje social se forman las actitudes hacia ciertos temas, por ejemplo, en el caso de que un profesional de la salud tenga creencias religiosas y actitudes negativas ante las vacunas contra la COVID-19 los pacientes pueden adoptar este tipo de pensamiento y crear conductas referentes al profesional que ha dado esa información, Baron et al, (2005) menciona que las actitudes son adquiridas en situaciones donde existe interacción con otras personas o simplemente a través de la observación a un comportamiento; este aprendizaje social sucede con base a la asociación, también conocido como “condicionamiento clásico”, Baron et al, (2005) considera que el aprendizaje social es, “el proceso a través del cual adquirimos nueva información, formas de comportamiento o actitudes hacia personas.” (p.125), y conforme a la tripartita de las actitudes expuesta por Zanna et al, (1988, como se citó en, Briñol et al, 2007) se considera que en el componente cognitivo se encuentran tanto pensamientos como creencias acerca de algo o alguien, de esta manera las creencias de un individuo van a variar de acuerdo a su origen, por experiencia directa, indirecta o por recopilación de información de otras fuentes independientes de él mismo (Quintana, 2001) explicando a grandes rasgos el cómo y el porqué de las conductas tanto en el personal de salud como en sus pacientes.

Afortunadamente, la gaceta médica (2021) confirma una actitud favorable a las vacunas por parte del personal de atención médica declarando lo siguiente “La vacunación masiva es una manera de aliviar los sistemas sanitarios, aspecto esencial para no colapsar la atención médica” y están conscientes de que las vacunas no impiden que la pandemia continúe su curso, aunque sí evitan los casos graves.

2. Preguntas de investigación

Pregunta de investigación general

¿Cuáles son las creencias y actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala y, existe relación entre ellas?

Preguntas de investigación específicas

1. ¿Qué tipo de creencias hacia la salud tiene el personal de atención médica de instituciones públicas del estado de Tlaxcala?
2. ¿Qué tipo de creencias hacia la enfermedad tiene el personal de atención médica de instituciones públicas del estado de Tlaxcala?
3. ¿Qué tipo de creencias hacia las vacunas contra la COVID-19 tiene el personal de atención médica de instituciones públicas del estado de Tlaxcala?
4. ¿Qué tipo de creencias hacia la salud tiene el personal de atención médica de instituciones privadas del estado de Tlaxcala?
5. ¿Qué tipo de creencias hacia la enfermedad tiene el personal de atención médica de instituciones privadas del estado de Tlaxcala?
6. ¿Qué tipo de creencias hacia las vacunas contra la COVID-19 tiene el personal de atención médica de instituciones privadas del estado de Tlaxcala?
7. ¿Qué tipo de actitud tiene el personal de atención médica de instituciones públicas del estado de Tlaxcala hacia el tema de salud?
8. ¿Qué tipo de actitud tiene el personal de atención médica de instituciones públicas del estado de Tlaxcala hacia el tema de enfermedad?
9. ¿Qué tipo de actitud tiene el personal de atención médica de instituciones públicas del estado de Tlaxcala hacia el tema de las vacunas contra la COVID-19?
10. ¿Qué tipo de actitud tiene el personal de atención médica de instituciones privadas del estado de Tlaxcala hacia el tema de salud?
11. ¿Qué tipo de actitud tiene el personal de atención médica de instituciones privadas del estado de Tlaxcala hacia el tema de enfermedad?
12. ¿Qué tipo de actitud tiene el personal de atención médica de instituciones privadas del estado de Tlaxcala hacia el tema de las vacunas contra la COVID-19?
13. ¿Cuáles son las creencias hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala de acuerdo a su sexo?
14. ¿Cuáles son las creencias hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala de acuerdo a su estado civil?

15. ¿Cuáles son las creencias hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala de acuerdo a su profesión?
16. ¿Cuáles son las creencias hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala de acuerdo a su edad?
17. ¿Cuáles son las actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala de acuerdo a su sexo?
18. ¿Cuáles son las actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala de acuerdo a su estado civil?
19. ¿Cuáles son las actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala de acuerdo a su profesión?
20. ¿Cuáles son las actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala de acuerdo a su edad?
21. ¿Existe relación entre las creencias hacia la salud, la enfermedad y las vacunas contra la COVID-19 presentes en personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del Estado de Tlaxcala?
22. ¿Existe relación entre las actitudes hacia la salud, la enfermedad y las vacunas contra la COVID-19 presentes en personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del Estado de Tlaxcala?
23. ¿Existe relación entre creencias y actitudes hacia la salud, la enfermedad y las vacunas contra la COVID-19 presentes en personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del Estado de Tlaxcala?

3. Objetivos de investigación

Objetivo de investigación general

Conocer cuáles son las creencias y actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala, así como, conocer si existe relación entre ellas.

Objetivos de investigación específicos

1. Conocer el tipo de creencias hacia la salud tiene el personal de atención médica de instituciones públicas del estado de Tlaxcala.
2. Conocer el tipo de creencias hacia la enfermedad tiene el personal de atención médica de instituciones públicas del estado de Tlaxcala.
3. Conocer el tipo de creencias hacia las vacunas contra la COVID-19 tiene el personal de atención médica de instituciones públicas del estado de Tlaxcala.
4. Conocer el tipo de creencias hacia la salud tiene el personal de atención médica de instituciones privadas del estado de Tlaxcala.
5. Conocer el tipo de creencias hacia la enfermedad tiene el personal de atención médica de instituciones privadas del estado de Tlaxcala.
6. Conocer el tipo de creencias hacia las vacunas contra la COVID-19 tiene el personal de atención médica de instituciones privadas del estado de Tlaxcala.
7. Conocer el tipo de actitud tiene el personal de atención médica de instituciones públicas del estado de Tlaxcala hacia el tema de salud.
8. Conocer el tipo de actitud tiene el personal de atención médica de instituciones públicas del estado de Tlaxcala hacia el tema de enfermedad.
9. Conocer el tipo de actitud tiene el personal de atención médica de instituciones públicas del estado de Tlaxcala hacia el tema de las vacunas contra la COVID-19.
10. Conocer el tipo de actitud tiene el personal de atención médica de instituciones privadas del estado de Tlaxcala hacia el tema de salud.
11. Conocer el tipo de actitud tiene el personal de atención médica de instituciones privadas del estado de Tlaxcala hacia el tema de enfermedad.
12. Conocer el tipo de actitud tiene el personal de atención médica de instituciones privadas del estado de Tlaxcala hacia el tema de las vacunas contra la COVID-19.

13. Describir las creencias hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala de acuerdo a su sexo.
14. Describir las creencias hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala de acuerdo a su estado civil.
15. Describir las creencias hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala de acuerdo a su profesión.
16. Describir las creencias hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala de acuerdo a su edad.
17. Describir las actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala de acuerdo a su sexo.
18. Describir las actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala de acuerdo a su estado civil.
19. Describir las actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala de acuerdo a su profesión.
20. Describir las actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala de acuerdo a su edad.
21. Describir la relación entre las creencias hacia la salud, la enfermedad y las vacunas contra la COVID-19 presentes en personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del Estado de Tlaxcala.
22. Describir la relación entre las actitudes hacia la salud, la enfermedad y las vacunas contra la COVID-19 presentes en personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del Estado de Tlaxcala.

23. Describir la relación entre creencias y actitudes hacia la salud, la enfermedad y las vacunas contra la COVID-19 presentes en personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del Estado de Tlaxcala.

4. Hipótesis de investigación

Hipótesis de investigación general

Las creencias hacia la salud hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 son de tipo científico y religioso. Las actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 son favorables. Existe una relación entre creencias y actitudes presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala.

Hipótesis de investigación específicas

1. Las creencias hacia la salud son de tipo religioso en el personal de atención médica de instituciones públicas del estado de Tlaxcala.
2. Las creencias hacia la enfermedad son de tipo religioso en el personal de atención médica de instituciones públicas del estado de Tlaxcala.
3. Las creencias hacia las vacunas contra la COVID-19 son de tipo religioso en el personal de atención médica de instituciones públicas del estado de Tlaxcala.
4. Las creencias hacia la salud son de tipo científico en el personal de atención médica de instituciones privadas del estado de Tlaxcala.
5. Las creencias hacia la enfermedad son de tipo científico en el personal de atención médica de instituciones privadas del estado de Tlaxcala.
6. Las creencias hacia las vacunas contra la COVID-19 son de tipo científico en el personal de atención médica de instituciones privadas del estado de Tlaxcala.
7. Las actitudes hacia la salud son desfavorables en el personal de atención médica de instituciones públicas del estado de Tlaxcala.
8. Las actitudes hacia la enfermedad son desfavorables en el personal de atención médica de instituciones públicas del estado de Tlaxcala.
9. Las actitudes hacia las vacunas contra la COVID-19 son desfavorables en el personal de atención médica de instituciones públicas del estado de Tlaxcala.

10. Las actitudes hacia la salud son favorables en el personal de atención médica de instituciones privadas del estado de Tlaxcala.
11. Las actitudes hacia la enfermedad son favorables en el personal de atención médica de instituciones privadas del estado de Tlaxcala.
12. Las actitudes hacia las vacunas contra la COVID-19 son favorables en el personal de atención médica de instituciones privadas del estado de Tlaxcala.
13. Las creencias hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala son de tipo científico y religioso de acuerdo a su sexo.
14. Las creencias hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala son de tipo científico y religioso de acuerdo a su estado civil.
15. Las creencias hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala son de tipo científico y religioso de acuerdo a su profesión.
16. Las creencias hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala son de tipo científico y religioso de acuerdo a su edad.
17. Las actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala son favorables y desfavorables de acuerdo a su sexo.
18. Las actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala son favorables y desfavorables de acuerdo a su estado civil.
19. Las actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala son favorables y desfavorables de acuerdo a su profesión.
20. Las actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala son favorables y desfavorables de acuerdo a su edad.

21. Existe una relación entre las creencias hacia la salud, la enfermedad y las vacunas contra la COVID-19 presentes en personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del Estado de Tlaxcala.
22. Existe una relación entre las actitudes hacia la salud, la enfermedad y las vacunas contra la COVID-19 presentes en personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del Estado de Tlaxcala.
23. Existe una relación entre creencias y actitudes hacia la salud, la enfermedad y las vacunas contra la COVID-19 presentes en personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del Estado de Tlaxcala.

5. Variables de investigación

Variables Dependientes (VD)

Creencias

Definición conceptual: Es la probabilidad subjetiva de la relación entre un objeto y otro objeto, valor, o atributo, sentando así una base para que los individuos puedan estructurar una concepción de la realidad (Fishbein y Ajzen, 1975).

Definición operacional: las creencias se medirán a través de la construcción del instrumento de creencias hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 [CSEVC-19], bajo una escala tipo Likert de cinco puntos.

Actitudes

Definición conceptual: Una actitud representa el sentimiento general favorable o desfavorable de una persona hacia algún objeto de estímulo, considerando que cuando una persona forma creencias sobre un objeto, automáticamente y simultáneamente adquiere una actitud hacia ese objeto (Fishbein y Ajzen, 1975).

Definición operacional: las actitudes se medirán a través de la construcción del instrumento de actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 [ASEVC-19], bajo una escala tipo Likert de cinco puntos.

Variable independiente (VI)

Formación profesional en atención médica

Definición conceptual: refiere a los profesionales responsables del cuidado de la salud y de la vida de los seres humanos (Quintana, 2003).

Variables sociodemográficas (VS)

Sexo, estado civil, edad, institución médica y profesión

Definición operacional: Los datos sociodemográficos de los participantes se obtendrán a través una ficha de identificación dentro de las escalas CSEVC-19 y ASEVC-19.

6. Diseño / Tipo de investigación

La investigación es de tipo no experimental, correlacional, transversal e intergrupar con un diseño ex-post Facto.

7. Población y muestra de investigación

La población será el personal de atención médica que trabaje en instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala.

La muestra fue seleccionada de manera intencional, no probabilística, intergrupo y por cuota, con 300 médicos y enfermeros (as) de instituciones públicas y 300 médicos y enfermeros (as) de privadas del estado de Tlaxcala. Los criterios se muestran a continuación:

- *Criterios de inclusión*

Se considera como criterio de inclusión a médicos y enfermeros (as) que esté ejerciendo jornada laboral en instituciones públicas y privadas específicamente del Estado de Tlaxcala.

- *Criterios de exclusión*

Se excluirán a médicos y enfermeros (as) que laboren en instituciones públicas y privadas no pertenecientes al estado de Tlaxcala.

- *Criterios de eliminación*

Se eliminará a estudiantes, practicantes o médicos y enfermeros (as) que no tengan o estén en proceso de obtener su cédula y título profesional. Asimismo, se eliminarán todos aquellos instrumentos que no estén contestados entre un 90 y 95%.

8. Instrumento de investigación

Para la recolección de datos se construyeron dos instrumentos de medición, uno para creencias y el segundo para actitudes, con la finalidad de identificar con mayor precisión las creencias y actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala.

A continuación, se realiza la descripción de instrumento de creencias hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 [CSEVC-19] (Ver anexo I), para ello se construyó una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta ([1] *Totalmente en desacuerdo*, [2] *En desacuerdo*, [3] *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*, [4] *De acuerdo*, [5] *Totalmente de acuerdo*), compuesta por 3 categorías de estudio, 6 subcategorías y 34 ítems con un $\alpha=.722$.

Categoría 1. Creencias hacia la salud. Para la construcción de los ítems se consideraron las creencias científicas y religiosas como subcategorías. Donde se considera a la salud como el estado completo de bienestar físico y orgánico y al mismo tiempo como milagro divino.

Categoría 2. Creencias hacia la enfermedad. Donde las subcategorías fueron creencias científicas y religiosas. Para la construcción de los ítems se tomó en cuenta a la enfermedad tanto como un trastorno físico que provoca alteraciones en el funcionamiento normal del organismo como producto de una fuerza sobrehumana que pasa a través del cuerpo donde se incluyen elementos como creencias acerca de la fe, lo sobrenatural y lo sagrado o divino, que conlleva a la adoración de una deidad o deidades.

Categoría 3. Creencias hacia las vacunas contra la COVID-19. Los ítems están basados en creencias científicas y religiosas como subcategorías, tomando en cuenta a las vacunas como el máximo avance científico del siglo XXI, así como un milagro Dios para la humanidad.

Respecto a la medición y evaluación de las actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 [ASEVC-19] (Ver anexo II), se construyó una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta ([1] *Totalmente en desacuerdo*, [2] *En desacuerdo*, [3] *Ni de acuerdo ni en*

desacuerdo, [4] De acuerdo, [5] Totalmente de acuerdo), compuesta por 3 categorías de estudio, 6 subcategorías, 30 ítems con un Alpha total de .811.

Categoría 1. Actitudes hacia la salud. Se tomó como subcategorías actitudes favorables y desfavorables relacionadas al tema de salud para la integración de los ítems en el instrumento, donde se consideraron prácticas conductuales hacia la alimentación, ejercicio, hábitos, entre otros.

Categoría 2. Actitudes hacia la enfermedad. Donde se consideraron las subcategorías de actitudes favorables y desfavorables hacia la enfermedad, identificando las prácticas clínicas, tratamientos alternativos y hábitos ante una enfermedad.

Categoría 3. Actitudes hacia las vacunas contra la COVID-19. Los ítems se construyeron con base a las subcategorías de actitudes favorables y desfavorables, considerando restricciones en la aplicación, origen de las vacunas, contraindicaciones, etc.

Para verificar la fiabilidad de ambos instrumentos, estos fueron sometidos a validez de contenido, específicamente a validez de juicio.

9. Procedimiento

El proceso para llevar a cabo la aplicación de los instrumentos de medición consistió de cuatro fases.

Fase I

Se realizó un formulario de Google juntando los dos instrumentos (CSEVC-19 y ASEVC-19) para posteriormente distribuirlo entre personas clave que cumplieren con los criterios de inclusión previamente establecidos, así como que tuvieran la posibilidad de distribuirlo a más personas. El formulario estuvo disponible para su resolución durante 8 días.

Fase II

Se imprimieron ambos instrumentos (CSEVC-19 y ASEVC-19) por separado para posteriormente acudir a instituciones públicas y privadas, donde se dio a conocer la finalidad de la investigación, así como el propósito de cada instrumento y la confidencialidad de los datos obtenidos; aceptados los términos de confidencialidad se procede a entregar el instrumento de creencias de manera física y un bolígrafo para contestar, posteriormente se realiza lo mismo para el instrumento de actitudes,

considerando la participación exclusiva de médicos y enfermeras (as) con los criterios previamente establecidos, la aplicación presencial fue durante 8 días.

Fase III

Una vez recolectados los datos, se procedió a realizar dos bases de datos mediante dos programas distintos. La primera base realizada fue a través del programa Microsoft Excel con la finalidad de revisar y evitar la existencia de datos no válidos. La segunda base se realizó con ayuda del paquete estadístico IBM SPSS en la versión 26.2.1 tomando de referencia la versión previa de Excel. En este programa se codificó y asignó los valores correspondientes a cada variable.

Fase IV

Con la base de datos finalizada, se comenzó a realizar los análisis estadísticos correspondientes para dar solución a las preguntas de investigación previamente planteadas. Una vez obtenidos, se procedió a la interpretación de los mismos.

APARTADO III.

RESULTADOS

RESULTADOS

1. Estadístico Descriptivos: Porcentajes y Frecuencias

Para la organización, clasificación y descripción de los datos obtenidos bajo la aplicación del instrumento de creencias hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 [CSEVC-19] se hizo uso de la estadística descriptiva, ya que permite describir y analizar un grupo dado de datos, sin extraer conclusiones (inferencias) sobre la población a la que pertenecen, con el objetivo de extraer conclusiones sobre un colectivo de interés denominado población (Faraldo et al, 2013), donde se llevará a cabo el análisis de variables dependientes y sociodemográficas, acumulación de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central, específicamente las medias, así como la desviación estándar para determinar la posición de datos agrupados. A continuación, se muestra el análisis de los datos obtenidos:

Estadísticos descriptivos: Variables Sociodemográficas. La muestra de esta investigación estuvo conformada por 600 participantes del sector salud en el estado de Tlaxcala, de los cuales 234 son hombres y 366 mujeres, 251 con una edad aproximada de entre 30-39, 212 de 40-49 años, 137 participantes de 50 años en adelante, conforme a su estado civil 372 profesionales son solteros y 228 casados, finalmente la aplicación en instituciones médicas fueron equitativas 300 personas de instituciones privadas y 300 de instituciones públicas, donde 284 fueron médicos y 316 enfermeros (as). (Ver tabla 1a).

Tabla 1a

ANÁLISIS DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICA		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sexo	Hombre	234	39.0 %
	Mujer	366	61.0 %
Edad	30-39	251	41.8 %
	40-49	212	35.3 %
	50-Adelante	137	22.8 %
Estado Civil	Soltero (a)	372	62.0 %

	Casado (a)	228	38.0 %
Institución médica	Pública	300	50.0 %
	Privada	300	50.0 %
	Médico	284	47.3 %
Profesión	Enfermero (a)	316	52.7 %

Estadísticos descriptivos: Creencias Científicas hacia la Salud. Los profesionales de salud consideran estar *totalmente de acuerdo* (36.8%) que la salud se conceptualiza como únicamente el mantenimiento homeostático del organismo humano, mientras que un 41.8% de la población tiende a estar *de acuerdo* en considerar como un balance orgánico para evaluar a una persona como sana, no así, un 46.3% de la muestra refiere estar *en desacuerdo* que la salud solo abarque el hecho de superar alguna dificultad orgánica para valorar como bienestar orgánico y físico en los pacientes. Así mismo, la información que se obtiene de las diferentes vías, los profesionales de la salud están *en desacuerdo* (33.2%) considerar que las revistas científicas son las únicas que pueden proporcionar información verídica y eficaz sobre los diversos temas de salud, así como la orientación de los consumidores para mantenerse saludables, ya que para obtener esta información es necesaria la participación de la comunidad científica para abarcar la solución científica de incógnitas que surgen a cerca de la salud humana, donde los profesionales de la salud tiene a estar *totalmente de acuerdo* (57.0%) con esta fuente de información primaria, mismos que con un 36.2% consideran estar *totalmente de acuerdo* que esta misma comunidad es la única que puede proveer de información y conocimientos nuevos a la humanidad sobre su salud. (Ver tabla 1b).

Tabla 1b

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS: CREENCIAS CIENTÍFICAS HACIA LA SALUD

ÍTEM	TOTALMENTE EN DESACUERDO		EN DESACUERDO		NI EN ACUERDO NI EN DESACUERDO		DE ACUERDO		TOTALMENTE DE ACUERDO		MEDIA
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	

5. La salud se refiere únicamente a superar una dificultad orgánica.	179	29.8	278	46.3	12	2.0	66	11.0	65	10.8	1.27
8. Creo que la salud es el mantenimiento de la homeostasis del cuerpo humano.	60	10.0	84	14.0	51	8.5	184	30.7	221	36.8	2.70
14. Creo que la comunidad científica es la única que resuelve incógnitas sobre la salud humana.	59	9.8	60	10.0	16	2.7	123	20.5	342	57.0	3.05
16. Creo que la salud es un balance dinámico del organismo en virtud de lograr bienestar.	39	6.5	108	18.0	39	6.5	251	41.8	163	27.02	2.65
19. Creo que únicamente la comunidad científica provee de conocimientos a la humanidad sobre temas relacionados a la salud.	47	7.8	95	15.8	70	11.7	171	28.5	217	36.2	2.69
27. Creo que las revistas científicas son las únicas que contribuyen a mejorar las condiciones de vida saludable de la humanidad.	4	0.7	163	27.2	228	38.0	73	12.2	132	22.0	2.28
30. Considero que la información de las revistas científicas son las únicas que ayudan a cuidar la salud del ser humano.	24	4.0	199	33.2	96	16.0	188	31.3	93	15.5	2.21

Estadísticos descriptivos: Creencias Científicas hacia la Enfermedad. La enfermedad puede considerarse como una alteración homeostática del cuerpo humano, creando un desbalance orgánico en el bienestar del ser humano, respecto a esto el 39.2% de los profesionales de la salud tienden a estar *totalmente de acuerdo*, ya que no creen que solo se deba a un deterioro en cuerpo humano por lo que un 40.5% de la muestra están *en desacuerdo* respecto a esta afirmación. No obstante existen medidas preventivas ante la presencia de una enfermedad, el 60.2% de los participantes considera importante el cuidado total y frecuente del cuerpo humano, tomando en cuenta que un 47.8% tiende a estar *totalmente de acuerdo* en creer que el cambio de conductas en la sociedad ayuda a disminuir riesgo de contagios o enfermedades frecuentes entre la población; además de las medidas preventivas para sanar al cuerpo humano de cualquier enfermedad, en la sociedad se practican diversas terapias alternativas para tratar enfermedades dolorosas del presente, pasado y futuro con la ayuda de la acupuntura, respecto a ello los profesionales de la salud están *en desacuerdo* (46.0%) en la práctica de la misma, así como el 32.2% de la muestra se encuentra *totalmente en desacuerdo* ante la práctica de la hipnosis para sanar al cuerpo humano ante una enfermedad. (Ver tabla 1c).

Tabla 1c

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS: CREENCIAS CIENTÍFICAS HACIA LA ENFERMEDAD

ÍTEM	TOTALMENTE EN DESACUERDO		EN DESACUERDO		NI EN ACUERDO NI EN DESACUERDO		DE ACUERDO		TOTALMENTE DE ACUERDO		MEDIA
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
2. Creo que la enfermedad es sólo una alteración del funcionamiento vital del organismo humano.	101	16.8	16	2.7	62	10.3	186	31.0	235	39.2	2.73
10. Creo que las medidas preventivas de cuidado a la salud son la modificación de	4	0.7	8	1.3	68	11.3	233	38.8	287	47.8	3.32

conductas de riesgo para evitar enfermedades en los humanos.

12. Creo que la hipnosis condiciona al cuerpo humano a evitar todo tipo de enfermedades futuras.

194 32.3 165 27.5 149 24.8 4 0.7 88 14.7 1.38

21. Considero que la acupuntura es la única que libera el organismo humano de enfermedades dolorosas.

196 32.7 276 46.0 28 4.7 20 3.3 80 13.3 1.19

31. Creo que las medidas preventivas de cuidado a la salud reducen los factores de riesgo de enfermarse.

12 2.0 8 1.3 24 4.0 195 32.5 361 60.2 3.48

35. Considero que la enfermedad es exclusivamente el deterioro del organismo humano.

86 14.3 243 40.5 82 13.7 62 10.3 127 21.2 1.84

Estadísticos descriptivos: Creencias Científicas hacia las Vacunas contra la COVID-19.

Ante la emergencia sanitaria mundial se originó la vacuna contra la COVID-19, la cual es considerada como el máximo avance en la historia de la ciencia y medicina durante todo el siglo XXI tomando en cuenta que el 39.8% los profesionales de la salud se encuentran *totalmente de acuerdo* con esta aseveración, así como un 44% de la muestra considera que el origen de la misma ha generado nuevas expectativas en la comunidad científica por parte de la sociedad, aunque la creación de las vacunas contra la COVID-19 ha creado ciertas ideas en la sociedad sobre su origen como el hecho de ser el producto de un accidente de laboratorio, aunque el 43.8% los profesionales de la salud se encuentran *en desacuerdo* con esta afirmación; o bien utilizando como base de su fórmula la sangre de murciélago, mismo del cual se cree originó la propagación del virus SARS-

Cov-2 generando de esta manera la pandemia mundial, donde la muestra está *totalmente en desacuerdo* ante esta aseveración de la sociedad. (Ver tabla 1d).

Tabla 1d

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS: CREENCIAS CIENTÍFICAS HACIA LAS VACUNAS CONTRA LA COVID-19

ÍTEM	TOTALMENTE EN DESACUERDO		EN DESACUERDO		NI EN ACUERDO NI EN DESACUERDO		DE ACUERDO		TOTALMENTE DE ACUERDO		MEDIA
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
6. Creo que las vacunas contra la COVID-19 son el máximo avance científico del siglo XXI.	35	5.8	51	8.5	95	15.8	180	30.0	329	39.8	2.90
9. Creo que la creación de la vacuna contra la COVID-19 generó nuevas expectativas en la sociedad en los avances científicos.	39	6.5	64	10.7	20	3.3	213	35.5	264	44.0	3.00
15. Creo que las vacunas contra la COVID-19 fueron un accidente de laboratorio.	205	34.2	263	43.8	16	2.7	39	6.5	77	12.8	1.20
18. Creo que las vacunas contra la COVID-19 se crearon con sangre de murciélago.	279	46.5	258	43.0	12	2.0	12	2.0	39	6.5	0.79

Estadísticos descriptivos: Creencias Religiosas hacia la Salud. Con una $\bar{X}= 1.11$ los profesionales de la salud tienden a estar *totalmente en desacuerdo* en considerar que únicamente

las personas sanas son aquellas que tienen misericordia hacia una deidad, así como estar *en desacuerdo* que la salud solo refiere a tener fe ante un Dios y mantener el alma en plenitud para permanecer saludable ($\bar{X}=0.90$), de la misma manera, una $\bar{X}= 1.02$ de la muestra considera estar *en desacuerdo* al creer que solo Dios puede colmar de perfecta salud al ser humano tan solo con venerarlo o estar en paz con el mismo ($\bar{X}=0.92$). (Ver tabla 1e).

Tabla 1e

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS: CREENCIAS RELIGIOSAS HACIA LA SALUD

ÍTEM	TOTALMENTE EN DESACUERDO		EN DESACUERDO		NI EN ACUERDO NI EN DESACUERDO		DE ACUERDO		TOTALMENTE DE ACUERDO		MEDIA
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
1. Creer en Dios preserva la salud humana.	216	36.0	61	10.2	264	44.0	20	3.3	39	6.5	1.34
7. Las personas misericordiosas son dignas de gozar salud.	243	40.5	138	23.0	145	24.2	58	9.7	16	2.7	1.11
13. Creo que la salud es tener el alma llena de fe.	220	36.7	259	43.2	93	15.5	16	2.7	12	2.0	0.90
20. Creo que solo Dios puede colmar de salud al humano.	204	34.0	251	41.8	82	13.7	55	9.2	8	1.3	1.02
22. Creo que el estar sano es estar bien con Dios.	220	36.7	278	46.3	51	8.5	35	5.8	16	2.7	0.92

Estadísticos descriptivos: Creencias Religiosas hacia la Enfermedad. Los profesionales de la salud tienden a estar *totalmente en desacuerdo* al considerar que la enfermedad se origina ante la ausencia de fe (53.8%) o la superioridad del ser humano hacia Dios (44.5%), siendo este como un castigo divino (41.2%), o bien como una advertencia de la supremacía que tiene ante la

humanidad, tal como la consecuencia de la rebelión de Adán y Eva en el paraíso divino (49.5%). También bajo las prácticas de tratamientos alternativos ante una enfermedad se practica la limpia tradicional como primer método para recuperar la salud en las personas, donde el 47.7% de la muestra está *en desacuerdo* que los pacientes recurran a esta como primera vía de sanación, y el 42.5% también se encuentra *en desacuerdo* al saber que los pacientes consideren practicar el Reiki para restablecer al cuerpo de una enfermedad tras la corrección de desequilibrios de energía. (Ver tabla 1f).

Tabla 1f

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS: CREENCIAS RELIGIOSAS HACIA LA ENFERMEDAD

ÍTEM	TOTALMENTE EN DESACUERDO		EN DESACUERDO		NI EN ACUERDO NI EN DESACUERDO		DE ACUERDO		TOTALMENTE DE ACUERDO		MEDIA
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
4. Creo que las personas se enferman por falta de fe en Dios.	323	53.8	167	27.8	43	7.2	24	4.0	43	7.2	.83
11. Creo que las personas se enferman porque se sienten superiores a Dios.	267	44.5	262	43.7	8	1.3	12	2.0	51	8.5	.86
23. La limpia tradicional es el único recurso para sanar a las personas enfermas.	229	38.2	286	47.7	16	2.7	57	9.5	12	2.0	.90
28. Creo que la enfermedad es consecuencia de la rebelión de Adán y Eva contra Dios.	297	49.5	217	36.2	39	6.	8	1.3	39	6.5	.79
32. Creo que la enfermedad es	247	41.2	168	20.8	68	11.3	12	2.0	105	17.5	1.27

una señal del poder de Dios sobre la humanidad.

34. Para mí, el Reiki es la terapia que alivia de forma integral las enfermedades en las personas.

216 36.0 255 42.5 78 13.0 16 2.7 35 5.8 1.00

Estadísticos descriptivos: Creencias Religiosas hacia las Vacunas contra la COVID-19.

Cuando se considera a Dios como el único que puede ayudar al ser humano colmándolo del intelecto e ingenio exacto para la creación de las vacunas contra la COVID-19, 339 de los profesionales de la salud se encuentran *en desacuerdo*, seguido de 259 participantes en *total desacuerdo* tras el hecho de asegurar que el origen de las mismas vacunas son gracias a la misericordia divina que le concede Dios a la humanidad como una salvación a sus pecados y 275 de los profesionales están *totalmente en desacuerdo* que se crea que la aplicación de las vacuna contra la COVID-19 en el cuerpo humano transgrede la fe divina y la alteración en el alma de los pacientes vacunados. (Ver tabla 1g).

Tabla 1g

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS: CREENCIAS RELIGIOSAS HACIA LAS VACUNAS CONTRA LA COVID-19

ÍTEM	TOTALMENTE EN DESACUERDO		EN DESACUERDO		NI EN ACUERDO NI EN DESACUERDO		DE ACUERDO		TOTALMENTE DE ACUERDO		MEDIA
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
17. Creo que la aplicación de las vacunas contra la COVID-19 quebranta la fe en Dios.	221	36.8	339	56.5	4	.7	16	2.7	20	3.3	.79
25. Considero que Dios dotó de inteligencia al	150	25.0	157	26.2	172	28.7	24	4.0	97	16.2	1.60

humano al crear las vacunas contra la COVID-19.

29. Considero que las vacunas contra la COVID-19 se crearon a través de la misericordia divina.

259 43.2 205 34.2 89 14.8 12 2.0 35 5.8 .93

33. La aplicación de las vacunas contra la COVID-19 representan una alteración al orden espiritual del cuerpo humano.

275 45.8 228 38.0 77 12.8 4 .7 16 2.7 .76

Por otra parte, el análisis descriptivo de la escala CSEVC-19, indica que la \bar{X} mayor = 3.48 (reactivo 31) y una \bar{X} menor = .76 (reactivo 33), mientras que la DE= 1.453 como mayor y DE=0.778 como menor.

Una vez realizado el informe a detalle sobre CSEVC-19; se aplicó el mismo procedimiento de análisis en el instrumento de actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 [ASEVC-19], tomando en cuenta las variables dependientes y sociodemográficas, así como las medidas de dispersión para las variables (frecuencias, porcentajes, desviación estándar y varianzas) y la media como principal medida de tendencia central entre los datos recabados bajo la aplicación de instrumento en los profesionales de la salud de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala. A continuación, se dará a conocer el análisis antes mencionado:

Estadísticos descriptivos: Actitudes favorables hacia la Salud. El cuidado de la salud se considera desde los hábitos alimenticios empleados en la vida cotidiana, como el hecho de realizar la preparación de los alimentos en el hogar supervisando los componentes e higiene de la misma, ante esta conducta el 51.3% de los profesionales de la salud están *totalmente de acuerdo*, a su vez acudir al médico ante una enfermedad (33.7%) sin importar la gravedad de la misma previniendo la automedicación, o bien asistir a consultas médicas programadas (36.0%) para consultar informes

sobre el funcionamiento de su organismo, formando parte de actitudes favorables en los profesionales de la salud, por ello tienden a estar *de acuerdo* ante estas situaciones. (Ver tabla 1h).

Tabla 1h

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS: ACTITUDES FAVORABLES HACIA LA SALUD

ÍTEM	TOTALMENTE EN DESACUERDO		EN DESACUERDO		NI EN ACUERDO NI EN DESACUERDO		DE ACUERDO		TOTALMENTE DE ACUERDO		MEDIA
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
1. Al cocinar mi propia comida cuido mi salud.	27	4.5	8	1.3	122	20.3	308	51.3	135	22.5	2.86
2. Para restablecer mi salud ante una enfermedad solo acudo al médico	43	7.2	190	31.7	95	15.8	202	33.7	70	11.7	2.11
6. Cuido mi salud al solo comer verduras orgánicas.	47	7.8	70	11.7	287	47.8	192	32.0	4	.7	2.06
8. Fortalezco mi sangre tomando hierro.	97	16.2	115	19.2	240	40.0	90	15.0	58	9.7	1.83
26. Fortalezco mis huesos tomando ácido fólico	173	28.8	70	11.7	152	25.3	120	20.0	85	14.2	1.79
30. Acudo a mis citas médicas programadas con la finalidad de saber mi estado de salud.	39	6.5	4	.7	157	26.2	216	36.0	184	30.7	2.84

Estadísticos descriptivos: Actitudes favorables hacia la enfermedad. Los profesionales de la salud tienden a estar *de acuerdo* ante los hábitos médicos y personales cuando se enfrenta una

enfermedad, como seguir estrictamente las instrucciones que el médico sugiere a los pacientes (F=331), tomar a determinado horario el medicamento, realizando de esta manera un control de la enfermedad para recuperar al cuerpo humano de manera eficaz (F=326), también tomar suficientes líquidos evitando deshidratación conforme se presenta la enfermedad en el organismo (F=289), al mismo tiempo 362 médicos y enfermeras (o) consideran que cuando se presenta una enfermedad, se deben tomar medidas de restricción como convivir con conocidos, familiares o personas cercanas para evitar contagios entre ellos, o bien 197 de los participantes toman en cuenta que en caso de padecer enfermedades de vías respiratorias comunes como la gripa, evitar saludar con la mano usando a su vez el codo como medida sanitaria. (Ver tabla 1i).

Tabla 1i

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS: ACTITUDES FAVORABLES HACIA LA ENFERMEDAD

ÍTEM	TOTALMENTE EN DESACUERDO		EN DESACUERDO		NI EN ACUERDO NI EN DESACUERDO		DE ACUERDO		TOTALMENTE DE ACUERDO		MEDIA
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
3. Enfrento una enfermedad siguiendo al pie de la letra las instrucciones del médico.	8	1.3	27	4.5	156	26.0	331	55.2	78	13.0	2.74
9. Evito agravar una enfermedad hidratándome todo el tiempo.	62	10.3	84	14.0	99	16.5	289	48.2	66	11.0	2.36
14. Saludo de codo si estoy enfermo de gripa.	84	14.0	127	21.2	126	21.0	197	32.8	66	11.0	2.06
18. Evito salir con amigos cuando estoy enfermo.	65	10.8	35	5.8	64	10.7	362	60.3	74	12.3	2.58
19. Acudo a diferentes	4	.7	146	24.3	218	36.3	178	29.7	54	9.0	2.22

especialistas cuando estoy enfermo.

20. Tomo el medicamento a la hora exacta cuando estoy enfermo.

31	5.2	16	2.7	145	24.2	326	54.3	82	13.7	2.69
----	-----	----	-----	-----	------	-----	------	----	------	------

28. Aplico cuarentena cada vez que enfermo gravemente.

89	14.8	149	24.8	245	40.8	59	9.8	58	9.7	1.75
----	------	-----	------	-----	------	----	-----	----	-----	------

Estadísticos descriptivos: Actitudes favorables hacia las Vacunas contra la COVID-19.

Con una $\bar{X}= 2.69$ los profesionales de la salud consideran estar *de acuerdo* al considerar que la vacunación fortalece al sistema inmune ante ciertas enfermedades originadas por bacterias y virus, actualmente se enfocan en el cuidado de salud ante el virus SARS-CoV-2 causante de la pandemia mundial del siglo XXI, con la ayuda de la vacuna contra la COVID-19, así mismo siendo parte del sector salud aceptan la vacuna ($\bar{X}=2.41$) para trabajar sin preocupaciones de contagios por este virus al consultar médicamente a sus pacientes en general ($\bar{X}=2.32$), concientizando que la aplicación de esta crea anticuerpos en el organismo humano disminuyendo el porcentaje de riesgo o complicación orgánica en caso de contraer el virus ($\bar{X}=2.56$). (Ver tabla 1j).

Tabla 1j

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS: ACTITUDES FAVORABLES HACIA LAS VACUNAS CONTRA LA COVID-19

ÍTEM	TOTALMENTE EN DESACUERDO		EN DESACUERDO		NI EN ACUERDO NI EN DESACUERDO		DE ACUERDO		TOTALMENTE DE ACUERDO		MEDIA
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
4. Me vacuné contra la COVID-19 sabiendo que fortalece mi	4	.7	84	14	60	10.0	404	67.3	48	8.0	2.69

sistema ante el SARS-CoV-2.											
10. Me vacune contra la COVID-19 con la finalidad de evitar contagiarme	12	2.0	66	11.0	157	26.2	307	51.2	58	9.7	2.56
17. Me vacuné contra la COVID-19 porque es obligatorio en mi trabajo.	124	20.7	82	13.7	137	22.8	119	19.8	138	23.0	2.11
21. Me vacuné contra la COVID-19 por que pertenezco al sector salud.	39	6.5	88	14.7	130	31.7	277	46.2	66	11.0	2.41
23. Me vacuné contra la COVID-19 con la finalidad de trabajar sin preocupaciones de contraer el virus SARS-CoV-2.	51	8.5	115	19.2	153	25.5	154	25.7	127	21.2	2.32

Estadísticos descriptivos: Actitudes desfavorables hacia la Salud. Considerar a la salud como un estado de completo bienestar físico y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, crea diferentes alternativas de cuidado a la salud, como lo es asistir a sesiones de reiki para reducir el estrés o cansancio generando una relajación corporal que promueve la curación de enfermedades agudas y crónicas, 256 profesionales de la salud está *en desacuerdo* con esta técnica japonesa, además 217 de los participantes está en *total desacuerdo* en el consumo de remedios caseros utilizando productos herbolarios, ya que la mayoría de ellos no poseen fundamento científico para uso farmacéutico. (Ver tabla 1k).

Tabla 1k

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS: ACTITUDES DESFAVORABLES HACIA LA SALUD

ÍTEM	TOTALMENTE EN DESACUERDO		EN DESACUERDO		NI EN ACUERDO NI EN DESACUERDO		DE ACUERDO		TOTALMENTE DE ACUERDO		MEDIA
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
24. Cuando me fatigo acudo a sesiones de reiki.	182	30.3	256	42.7	103	17.2	51	8.5	8	1.3	1.08
25. Consumo remedios caseros para mantener mi cuerpo saludable.	217	36.2	213	35.5	76	12.7	63	10.5	31	5.2	1.13

Estadísticos descriptivos: Actitudes desfavorables hacia la enfermedad. Considerar conductas de riesgo del cuerpo humano ante una enfermedad, se identifica a la automedicación entre los profesionales de la salud, con una $\bar{X}=1.73$ tienden a estar *de acuerdo* en tener el conocimiento necesario de las dosis para contrarrestar cierta enfermedad reduciendo costos y tiempo necesario en consultas médicas con otros especialistas o bien tomar la misma dosis de medicamento cuando se presenta una enfermedad igual más de dos veces ($\bar{X}=1.77$), entre estas conductas de riesgo también se consideran a los tratamientos herbolarios, dando asistencia sanitaria a través de la utilización de plantas y extractos de hierbas por su valor terapéutico o curativo natural, donde los profesionales de la salud están *totalmente en desacuerdo* tomar esta vía como primer alternativa de curación ante cualquier tipo de enfermedad ($\bar{X}=1.12$); finalmente entre estas conductas se encuentra el sedentarismo como medida de prevención a enfermedades musculares ($\bar{X}=1.02$) o desgaste de energía en el cuerpo ($\bar{X}=.98$), donde la muestra marca una tendencia a estar *totalmente en desacuerdo*. (Ver tabla 11).

Tabla 11*ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS: ACTITUDES DESFAVORABLES HACIA LA ENFERMEDAD*

ÍTEM	TOTALMENTE EN DESACUERDO		EN DESACUERDO		NI EN ACUERDO NI EN DESACUERDO		DE ACUERDO		TOTALMENTE DE ACUERDO		MEDIA
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
11. Evito enfermedades musculares siendo sedentario	225	37.5	198	33.0	130	21.7	35	5.8	12	2.0	1.02
12. Me automedico ante una enfermedad porque tengo el conocimiento de las dosis médicas.	178	29.7	47	7.8	152	25.3	207	34.5	16	2.7	1.73
15. Para guardar energía ante una enfermedad prefiero ser sedentario.	240	40.0	214	35.7	95	15.8	20	3.3	31	5.2	.98
16. Consumo medicina herbolaria como primera alternativa ante una enfermedad.	221	36.8	198	33.0	103	17.2	47	7.8	31	5.2	1.12
22. Tomo medicamento antes recetado cuando me enfermo de lo mismo.	128	21.3	115	19.2	134	22.3	215	35.8	8	1.3	1.77
27. Solo consumo medicina natural para curar enfermedades virales.	236	39.3	108	18.0	129	21.5	35	5.8	92	15.3	1.40

Estadísticos descriptivos: Actitudes desfavorables hacia las Vacunas contra la COVID-19.

Hoy en día, los científicos de todo el mundo siguen desarrollando muchas vacunas potenciales contra la COVID-19, diseñadas para enseñar al sistema inmunitario del cuerpo humano a reconocer y bloquear de forma segura el virus SAR-CoV-2, entre ellas se distinguen las vacunas con el virus inactivo conocida como Sinovac y AstraZeneca de tipo Vector viral no replicante, el 33.7% de los profesionales de la salud tienden a estar *en desacuerdo* que se limite a los pacientes la aplicación de Sinovac, de la cual se considera miocarditis a largo plazo como efecto secundario de la misma, y el 40.5% está *totalmente en desacuerdo* en considerar coagulaciones sanguínea en la aplicación de AstraZeneca, también han surgido limitantes en la aplicación de las vacunas contra la COVID-19 en pacientes bajo un diagnóstico de enfermedad crónica, 41.2% de los profesionales de la salud tienden a estar *totalmente en desacuerdo* tras evitar la aplicación a pacientes con diabetes y el 49.0% a limitarse a vacunar pacientes con diagnóstico de enfermedades crónicas en el sistema respiratorio. (Ver tabla 1m).

Tabla 1m

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS: ACTITUDES DESFAVORABLES HACIA LAS VACUNAS CONTRA LA COVID-19

ÍTEM	TOTALMENTE EN DESACUERDO		EN DESACUERDO		NI EN ACUERDO NI EN DESACUERDO		DE ACUERDO		TOTALMENTE DE ACUERDO		MEDIA
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
5. Evito vacunar a mis pacientes contra la COVID-19 con diagnóstico de enfermedades respiratorias crónicas.	247	41.2	145	24.2	95	15.8	105	17.5	8	1.3	1.14
7. Evito vacunar a mis pacientes contra la COVID-19 con diagnóstico de diabetes.	294	49.0	160	26.7	91	15.2	43	7.2	12	2.0	.87

13. Evito aplicar en mis pacientes la vacuna de Sinovac porque genera miocarditis a largo plazo.	198	33.0	202	33.7	149	24.8	43	7.2	8	1.3	1.10
29. Evito aplicar la vacuna AstraZeneca con mis pacientes porque generan coagulaciones sanguíneas.	243	40.5	180	30.0	153	25.5	16	2.7	8	1.3	.94

Finalmente, se realizó el análisis descriptivo en la escala ASEVC-19, identificando a la \bar{X} mayor con un valor de 2.86 (reactivo 1) y una \bar{X} menor = .87 (reactivo 7), mientras que entre las desviaciones estándar se reporta a 1.182 como mayor y 0.790 como menor.

2. Análisis de Fiabilidad: Alpha de Cronbach

Tras los estadísticos descriptivos, se realizó el estudio detallado de la precisión con la que miden los instrumentos de creencias y actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19, [CSEVC-19] y [ASEVC-19], es decir, identificar el grado en que los ítems tengan una consistencia interna, para determinar su confiabilidad como instrumento aplicado a los profesionales de la salud en instituciones públicas y privadas del Estado de Tlaxcala, ante ello se utilizó el análisis de fiabilidad, el cual, permite estudiar las propiedades de las escalas de medición y de los elementos que componen las mismas, tomando en cuenta que el coeficiente Alfa de Cronbach es un modelo de consistencia interna, basado en el promedio de las correlaciones entre los ítems. Entre las ventajas de esta medida se encuentra la posibilidad de evaluar cuánto mejoraría (o empeoraría) la fiabilidad de la prueba si se excluyera un determinado ítem. (García-Bellido et al., 2010).

Con base a lo anterior, el instrumento CSEVC-19 está conformado por 35 elementos, tras ser analizados bajo el estadístico de fiabilidad se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.687, la muestra obtenida fue de 600 casos, de los cuales ninguno fue excluido, es decir, el instrumento cuenta con una homogeneidad entre los ítems obteniendo así una validez de consistencia interna. (Ver tablas 2a y 2b).

Tabla 2a*ESTADÍSTICOS DE FIABILIDAD: ALPHA DE CRONBACH*

		N	%
	Validados	600	100.0
Casos	Excluidos (a)	0	.0
	Total	600	100.0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Tabla 2b.*ESTADÍSTICOS DE FIABILIDAD: ALPHA DE CRONBACH*

Alfa de Cronbach	N de elementos
.687	35

Tras obtener el coeficiente α de Cronbach por debajo de .70 en el instrumento CSEVC-19 se optó por suprimir el reactivo número 9 con la finalidad de subir $\alpha=.722$, obteniendo así un total de 34 elementos dentro del instrumento, sin afectar la consistencia interna del mismo. (Ver tabla 2c y 2d).

Tabla 2c*ESTADÍSTICOS DE FIABILIDAD: ALPHA DE CRONBACH*

Alfa de Cronbach	N de elementos
.722	34

Tabla 2d

MEDIA, DESVIACIÓN ESTÁNDAR Y ESTADÍSTICA DE RELACIÓN REACTIVO – TOTAL EN EL INSTRUMENTO

NO. DEL REACTIVO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	CORRELACIÓN ELEMENTO TOTAL CORREGIDA	ALPHA DE CRONBACH SI SE ELIMINA EL ELEMENTO
1	1.34	1.185	-.043	.697
2	2.73	1.431	.214	.680
3	1.54	1.176	-.167	.705
4	.83	1.178	.617	.650
5	1.27	1.290	.200	.680
6	2.90	1.189	.069	.689
7	1.11	1.124	.384	.668
8	2.70	1.352	-.229	.713
9	3.00	1.220	-.425	.722
10	3.32	.778	-.122	.695
11	.86	1.134	.568	.655
12	1.38	1.333	.512	.655
13	.90	.894	.499	.665
14	3.05	1.372	-.142	.707
15	1.20	1.321	.472	.659
16	2.65	1.234	-.187	.707
17	.79	.860	.375	.672
18	.79	1.052	.583	.656

19	2.69	1.314	.075	.690
20	1.02	.982	.600	.657
21	1.19	1.294	.580	.650
22	.92	.959	.554	.660
23	.90	.979	.368	.671
24	1.32	1.180	-.054	.697
25	1.60	1.339	-.153	.707
26	2.23	1.260	-.005	.695
27	2.28	1.107	.144	.684
28	.79	1.076	.501	.661
29	.93	1.087	.502	.661
30	2.21	1.176	.410	.666
31	3.48	.807	-.371	.707
32	1.27	1.453	.221	.679
33	.76	.894	.303	.675
34	1.00	1.060	.408	.667
35	1.84	1.380	.364	.667

El análisis de consistencia interna anterior se consideró bajo el régimen de que el coeficiente α oscila entre 0 y 1, concretando la depuración de elementos con el propósito que entre más próximo al 1 este el α mayor será la consistencia entre los ítems del instrumento de medición.

Considerando el orden, se expone a continuación el análisis detallado de los datos del instrumento ASEVC-19.

Con un total de 30 elementos analizados se obtuvo un Alpha de Cronbach de .811, de los 600 casos ninguno fue suprimido, es decir, el instrumento cuenta con una consistencia interna entre los reactivos que conforman el instrumento. (Ver tablas 2e y 2f).

Tabla 2e

ESTADÍSTICOS DE FIABILIDAD: ALPHA DE CRONBACH

		N	%
	Validados	600	100.0
Casos	Excluidos (a)	0	.0
	Total	600	100.0

Tabla 2f.

ESTADÍSTICOS DE FIABILIDAD: ALPHA DE CRONBACH

Alfa de Cronbach	N de elementos
.811	30

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

De acuerdo a la prueba corrección elemento total corregida y el Alpha de Cronbach si se elimina elemento se determina no eliminar ningún reactivo del instrumento ASEVC-19; manteniendo así su consistencia interna con un Alpha total de .811 y un total de 30 elementos analizados. (Ver tabla 2g).

Tabla 2g

MEDIA, DESVIACIÓN ESTÁNDAR Y ESTADÍSTICA DE RELACIÓN REACTIVO – TOTAL EN EL INSTRUMENTO

NO. DEL REACTIVO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	CORRELACIÓN ELEMENTO TOTAL CORREGIDA	ALPHA DE CRONBACH SI SE ELIMINA EL ELEMENTO
1	2.86	.932	.520	.800
2	2.11	1.182	.347	.805
3	2.74	.790	.243	.809
4	2.69	.818	-.190	.821

5	1.14	1.172	.727	.789
6	2.06	.880	.061	.814
7	.87	1.045	.508	.799
8	1.83	1.161	.541	.797
9	2.36	1.162	.564	.796
10	2.56	.884	.302	.807
11	1.02	1.003	.429	.802
12	1.73	1.282	-.214	.829
13	1.10	.988	.687	.793
14	2.06	1.241	.046	.818
15	.98	1.076	.437	.802
16	1.12	1.143	.384	.804
17	2.11	1.440	.582	.793
18	2.58	1.122	-.106	.822
19	2.22	.938	.262	.808
20	2.69	.924	.303	.807
21	2.41	1.071	.454	.801
22	1.77	1.185	-.042	.821
23	2.32	1.239	.258	.809
24	1.08	.965	.290	.807
25	1.13	1.166	.358	.805
26	1.79	1.413	.654	.789
27	1.40	1.438	.300	.808
28	1.75	1.125	.349	.805
29	.94	.941	.662	.795
30	2.84	1.075	-.018	.819

3. Validez de constructo: Análisis Factorial Exploratorio

Seguido con el análisis de confiabilidad, con el fin de encontrar factores homogéneos capaces de explicar el máximo de información obtenida en los datos de las escalas, conformadas por un total de 34 reactivos para CSEVC-19 y 30 reactivos totales en ASEVC-19, para ello se utilizó el Análisis Factorial Exploratorio, el cual, ayuda a explorar la dimensionalidad de las medidas y generar evidencias internas de validez, especialmente en las etapas iniciales de construcción o adaptación de instrumentos, de esta manera se obtendrá la validez de constructo, identificado como concepto unificador que integra las consideraciones de validez de contenido y de criterio en un marco común para probar hipótesis acerca de relaciones teóricamente relevantes, con la finalidad de que la validación sea la explicación y comprensión de los conceptos utilizados dentro de la creación de los ítems en el instrumento de evaluación. (Pérez-Gil et al., 2000).

Tras aplicar el análisis factorial exploratorio en el instrumento CSEVC-19 se encontró que la medida de adecuación de muestral KMO obtuvo un valor de .299, mientras que, la prueba de esfericidad de Bartlett resultó un valor aproximado para 561 gl de $\chi^2 = 28029.600$ ($p = .000$); se procede a aplicar el análisis factorial de componentes principales.

Se aplicó el método de extracción para el análisis de componentes principales y el método de rotación Varimax con normalización Kaiser convergiendo en 21 iteraciones, dando como total 9 factores, de los cuales se eliminaron los factores número 8 y 9, debido a que, no cumplen con el número de reactivos mínimos solicitados (3 reactivos), con ello, se eliminaron 2 reactivos (1, 3), por otra parte, los reactivos números 16 y 31 también fueron eliminados porque no cumplían con la carga factorial mayor a .35, dando un total de 4 reactivos suprimidos, obteniendo 30 reactivos totales, alcanzando una varianza total acumulada de 73.832 %. (Ver tabla 3a).

TABLA 3a.*VARIANZA EXPLICADA, VARIANZA ACUMULADA Y DESVIACIONES ESTÁNDAR DE CADA FACTOR.*

FACTORES	% VARIANZA EXPLICADA	% VARIANZA ACUMULADA	M	DE
FACTOR 1. Creencias sobrenaturales. Origen de la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19	24.966 %	24.966 %	1.93	.881
FACTOR 2. Creencias seculares. Tratamientos alternativos hacia la enfermedad.	15.725 %	40.691 %	1.97	.864
FACTOR 3. Creencia científica. Difusión científica hacia la salud.	10.106 %	50.798 %	3.39	.903
FACTOR 4. Creencia científica. Origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19.	7.953 %	58.751 %	3.33	1.008
FACTOR 5. Coexistencia de la creencia científica y religiosa. Definición de salud y enfermedad.	6.212 %	64.964 %	2.28	.865
FACTOR 6. Creencias científicas. Tecnología, ciencia y salud.	4.550 %	69.514 %	2.72	1.019
FACTOR 7. Creencia Científica. Ciencia y salud.	4.318 %	73.832 %	4.02	9.17

En la siguiente tabla se da a conocer la carga factorial de cada reactivo perteneciente al instrumento CSEVC-19, considerando un total de 30 ítems. (Ver tabla 3b).

Tabla 3b*MATRIZ DE COMPONENTES ROTADOS, VARIANZA TOTAL EXPLICADA Y ALPHA DE CRONBACH POR FACTORES*

REACTIVO	CARGA FACTORIAL						
	FACTOR	FACTOR	FACTOR	FACTOR	FACTOR	FACTOR	FACTOR
	1	2	3	4	5	6	7

	CREENCIAS SOBRENATURALES. ORIGEN DE LA SALUD, ENFERMEDAD Y VACUNAS CONTRA LA COVID-19	CREENCIAS SECULARES. TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS HACIA LA ENFERMEDAD	CREENCIAS CIENTÍFICAS. DIFUSIÓN CIENTÍFICA HACIA LA SALUD	CREENCIAS CIENTÍFICAS. ORIGEN Y PROPÓSITO DE LAS VACUNAS CONTRA LA COVID-19	COEXISTENCIA DE LA CREENCIA CIENTÍFICA Y RELIGIOSA. DEFINICIÓN DE SALUD Y ENFERMEDAD.	CREENCIAS CIENTÍFICAS. TECNOLOGÍA, CIENCIA Y SALUD	CREENCIAS CIENTÍFICAS. CIENCIA Y SALUD
4. Creo que las personas se enferman por falta de fe en Dios.	.895	.090	.157	-.013	-.011	-.112	-.111
29. Considero que las vacunas contra la COVID-19 se crearon a través de la misericordia divina.	.851	.029	-.015	-.082	-.083	.108	.122
28. Creo que la enfermedad es consecuencia de la rebelión de Adán y Eva contra Dios.	.843	.165	-.147	.124	-.050	-.001	.122
20. Creo que solo Dios puede colmar de salud al humano.	.842	.092	.010	-.078	.310	-.050	-.161
22. Creo que el estar sano es estar bien con Dios.	.775	-.056	.159	.116	.184	-.031	-.269
34. Para mí, el Reiki es la terapia que alivia de forma integral las enfermedades en las personas.	.738	-.035	-.211	.281	.224	.089	.034
32. Creo que la enfermedad es una señal del poder de Dios sobre la humanidad.	.724	-.083	-.347	-.210	.080	.151	-.026
11. Creo que las personas se enferman porque se sienten superiores a Dios.	.678	.398	.146	.044	-.052	-.052	-.233
18. Creo que las vacunas contra la COVID-19 se crearon con sangre de murciélago.	.645	.509	.051	.283	-.239	.114	.091
33. La aplicación de las vacunas contra la COVID-19 representan una alteración al orden espiritual del cuerpo humano.	.086	.820	-.157	.007	.099	-.149	-.065

23. La limpia tradicional es el único recurso para sanar a las personas enfermas.	-.049	.809	.149	.304	.091	.016	-.036
15. Creo que las vacunas contra la COVID-19 fueron un accidente de laboratorio.	.161	.736	.286	.136	.069	-.207	-.062
17. Creo que la aplicación de las vacunas contra la COVID-19 quebranta la fe en Dios.	.209	.696	-.053	.002	.054	.092	-.170
21. Considero que la acupuntura es la única que libera el organismo humano de enfermedades dolorosas.	.254	.561	.300	.279	.150	-.294	.242
30. Considero que la información de las revistas científicas son las únicas que ayudan a cuidar la salud del ser humano.	.127	.063	.889	.013	.046	.052	.028
27. Creo que las revistas científicas son las únicas que contribuyen a mejorar las condiciones de vida saludable de la humanidad.	-.247	.128	.748	-.139	.266	.138	-.218
6. Creo que las vacunas contra la COVID-19 son el máximo avance científico del siglo XXI.	-.129	.002	.675	.377	-.397	-.314	.056
2. Creo que la enfermedad es sólo una alteración del funcionamiento vital del organismo humano.	.088	.166	.027	.771	.186	-.150	-.003
25. Considero que Dios dotó de inteligencia al humano al crear las vacunas contra la COVID-19.	.050	-.227	.098	-.681	.183	.419	-.130
12. Creo que la hipnosis condiciona al cuerpo humano a evitar todo tipo de enfermedades futuras.	.198	.560	.189	.613	.096	.025	.066

13. Creo que la salud es tener el alma llena de fe.	.285	.446	.021	-.035	.656	.124	-.026
35. Considero que la enfermedad es exclusivamente el deterioro del organismo humano.	.169	.228	.151	.307	.582	-.377	.176
7. Las personas misericordiosas son dignas de gozar salud.	.424	-.025	.114	.104	.566	.233	-.434
19. Creo que únicamente la comunidad científica provee de conocimientos a la humanidad sobre temas relacionados a la salud.	-.005	.040	.500	-.012	-.535	.003	.439
5. La salud se refiere únicamente a superar una dificultad orgánica.	-.306	.497	.236	.264	.511	-.219	-.074
26. Creo que las apps de consulta médicas les permiten a los pacientes estar actualizados sobre su salud.	-.012	-.050	.050	-.055	.203	.871	-.147
24. Creo que los blogs de contenido relacionado a la salud en internet ofrecen únicamente mitos sobre la misma.	.157	-.037	-.014	-.283	-.296	.789	.161
14. Creo que la comunidad científica es la única que resuelve incógnitas sobre la salud humana.	-.193	-.052	-.119	.278	-.097	.079	.842
10. Creo que las medidas preventivas de cuidado a la salud son la modificación de conductas de riesgo para evitar enfermedades en los humanos.	.093	-.531	.116	-.190	-.083	-.287	.612
8. Creo que la salud es el mantenimiento de la homeostasis del cuerpo humano.	-.061	-.463	.076	-.443	.090	-.104	.516
Total de reactivos	9	5	3	3	4	3	3
% de Varianza Total Explicada	24.966 %	15.725 %	10.106 %	7.953 %	6.212 %	4.550 %	4.318 %

Valor de Coeficiente Alpha de Cronbach	.924	.853	.613	.641	.706	.735	.644
---	------	------	------	------	------	------	------

Con un total de 7 factores, se explican las creencias científicas y religiosas del personal médico hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19, a continuación, se hará una descripción de contenido por factor con base al tipo de creencia.

FACTOR 1. Creencias sobrenaturales. Origen de la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19. Este factor presenta únicamente a las creencias sobrenaturales abordando al origen de la salud, enfermedad y vacunas, donde la enfermedad es considerada como cierta violación hacia algún mandamiento o regla divina, como lo es la falta de fe en Dios, el pago del pecado original entre Adán y Eva dentro del paraíso divino, considerando que bajo las escrituras sagradas se conoce que ellos condenaron a la humanidad por la eternidad a sufrir las consecuencias del pecado a través de enfermedades. No obstante, se muestra la bondad de Dios ante los humanos con el goce de perfecta salud cuando aquella persona no ha pecado o infligido su palabra, por ello el estar sano se considera estar en paz, calma y armonía con él. Una vez asimilada a la salud y enfermedad desde el origen religioso, se denota el poder de Dios en la sanación de una enfermedad como resultado de un milagro divino, desde esta vía Dios les otorga la inteligencia y conocimiento a los científicos encargados de la vacuna contra la COVID-19 para la creación de ésta, concediendo una cura a la humanidad como muestra de su misericordia y bondad divina. Este factor contiene 9 reactivos de los 30 totales, cuenta con una varianza explicada de 24.966 % y un coeficiente α de Cronbach total de 0.924. La mayor carga factorial entre los reactivos es de .895 correspondiente al número 4 “Creo que las personas se enferman por falta de fe en Dios”. (Ver tabla 3c).

Tabla 3c

FACTOR 1. CREENCIAS SOBRENATURALES. ORIGEN DE LA SALUD, ENFERMEDAD Y VACUNAS CONTRA LA COVID-19

ÍTEM	CARGA FACTORIAL
------	-----------------

4. Creo que las personas se enferman por falta de fe en Dios.	.895
29. Considero que las vacunas contra la COVID-19 se crearon a través de la misericordia divina.	.851
28. Creo que la enfermedad es consecuencia de la rebelión de Adán y Eva contra Dios.	.843
20. Creo que solo Dios puede colmar de salud al humano.	.842
22. Creo que el estar sano es estar bien con Dios.	.775
34. Para mí, el Reiki es la terapia que alivia de forma integral las enfermedades en las personas.	.738
32. Creo que la enfermedad es una señal del poder de Dios sobre la humanidad.	.724
11. Creo que las personas se enferman porque se sienten superiores a Dios.	.678
18. Creo que las vacunas contra la COVID-19 se crearon con sangre de murciélago.	.645

FACTOR 2. Creencias seculares. Tratamientos alternativos hacia la enfermedad. Este factor expone a las creencias seculares en tratamientos alternativos hacia la enfermedad, la práctica de medicina alternativa es convencionalmente utilizada en lugar de la medicina convencional, considerando que la medicina convencional utiliza tratamientos basados en prácticas de evidencia científica, en contraste a la medicina alternativa y sus tratamientos tiende a basarlos en prácticas respaldadas por pruebas experimentales, sin un porcentaje de eficacia e inocuidad. Entre este tipo de tratamientos se encuentra la limpia tradicional y la acupuntura usados para restablecer al cuerpo humano de un desequilibrio entre los sistemas corporales, físicos, emocionales y espirituales; con el fin de fortalecer las defensas del propio cuerpo y la restauración del equilibrio entre el conjunto de elementos involucrados en el individuo. Con 5 reactivos de los 30 totales, la mayor carga factorial entre los reactivos es de .820 perteneciente al número 33 “La aplicación de las vacunas contra la COVID-19 representan una alteración al orden espiritual del cuerpo humano”. La varianza total explicada para este factor lo constituye un 15.725% con un valor de coeficiente $\alpha = 0.853$. (Ver tabla 3d).

Tabla 3d*FACTOR 2. CREENCIAS SECULARES. TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS*

ÍTEM	CARGA FACTORIAL
33. La aplicación de las vacunas contra la COVID-19 representan una alteración al orden espiritual del cuerpo humano.	.820
23. La limpia tradicional es el único recurso para sanar a las personas enfermas.	.809
15. Creo que las vacunas contra la COVID-19 fueron un accidente de laboratorio.	.736
17. Creo que la aplicación de las vacunas contra la COVID-19 quebranta la fe en Dios.	.696
21. Considero que la acupuntura es la única que libera el organismo humano de enfermedades dolorosas.	.561

FACTOR 3. Creencia científica. Difusión científica hacia la salud. Factor que presenta únicamente las creencias científicas hacia la difusión científica de la salud, como una vía de comunicación, donde los científicos proporcionan sus conocimientos a través de canales definidos como revistas y sitios web de índole científico, con contenido adaptado a las necesidades, contexto y nivel de comprensión del lector, a fines de temas relacionados hacia la salud y sus cuidados, la comunidad científica constituye una estrategia social, donde se democratiza a la ciencia y permite al consumidor construir una vía accesible de conocimiento, proporcionándole a la población en general acciones de promoción para la salud a nivel individual y colectivo; generando la prevención de enfermedades, así mismo la comunidad científica busca compartir con la población actividades y beneficios de la investigación científica, especialmente, con las investigaciones en salud, logrando mayor confianza por parte de la población en general hacia los científicos y sus investigaciones, facilitando de esta manera los establecimientos de salud en materia de promoción, prevención y control de daños en la salud pública. La mayor carga factorial entre los reactivos es de .820 perteneciente al número 30 “Considero que la información de las revistas científicas son las únicas que ayudan a cuidar la salud del ser humano”. La varianza total explicada para este factor lo constituye un 10.106 % con un valor de coeficiente $\alpha=.853$. (Ver tabla 3e).

Tabla 3e*FACTOR 3. CREENCIA CIENTÍFICA. DIFUSIÓN CIENTÍFICA DE LA SALUD*

ÍTEM	CARGA FACTORIAL
30. Considero que la información de las revistas científicas son las únicas que ayudan a cuidar la salud del ser humano.	.889
27. Creo que las revistas científicas son las únicas que contribuyen a mejorar las condiciones de vida saludable de la humanidad.	.748
19. Creo que únicamente la comunidad científica provee de conocimientos a la humanidad sobre temas relacionados a la salud.	.500

FACTOR 4. Creencia científica. Origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19. Este factor alude a las creencias naturales-materiales de tipo científico que hablan sobre el origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19, tomando en cuenta que al enfermar desde el aspecto biológico, el cuerpo presenta un desbalance y alteración en su funcionamiento, de tal manera que el cuerpo tiene la capacidad de gestionar los problemas derivados hacia sus insuficiencias, excesos y agentes externos al organismo, sin embargo, cuando el cuerpo no es capaz de procesar todos estos elementos, se genera la ausencia de la salud en el organismo, para ello es necesario de fármacos para reestablecer la funcionalidad vital. De esta manera, tras la emergencia sanitaria mundial, la comunidad científica y medica crearon la vacuna contra el COVID-19 considerada en la actualidad como el máximo avance científico del siglo XXI, con el propósito de emplear una estrategia de vacunación contra el virus SARS CoV-2 para reducir el porcentaje de mortalidad y hospitalizaciones por esta enfermedad, considerando la posible inmunización cuando se exponga directa o indirectamente al virus por parte de la población en general y el personal de salud de las diferentes instituciones médicas. Conformado con 3 ítems de los 30 totales, el reactivo con mayor carga factorial es el 2 “Creo que la enfermedad es sólo una alteración del funcionamiento vital del organismo humano”, con un valor de .771. el valor de coeficiente de $\alpha=0.641$ y una varianza total explicada de 7.953%. (Ver tabla 3f).

Tabla 3f*FACTOR 4. CREENCIA CIENTÍFICA. ORIGEN Y PROPÓSITO DE LAS VACUNAS.*

ÍTEM	CARGA FACTORIAL
6. Creo que las vacunas contra la COVID-19 son el máximo avance científico del siglo XXI.	.377
2. Creo que la enfermedad es sólo una alteración del funcionamiento vital del organismo humano.	.771
12. Creo que la hipnosis condiciona al cuerpo humano a evitar todo tipo de enfermedades futuras.	.613

FACTOR 5. Coexistencia de la creencia científica y religiosa. Definición de salud y enfermedad. Factor donde se unen las creencias científicas y religiosas al definir a la salud y enfermedad, dado que el sistema de creencias en el humano representa su realidad justificando de tal forma sus conductas; las creencias científicas y religiosas pretenden explicar el porqué de ciertos eventos, creando conocimiento sobre ciertos temas, en el caso de la salud puede definirse desde una postura religiosa como un acto de bondad o milagro divino, así como considerar que estar sano es estar en paz y armonía con Dios, al mismo tiempo se puede definir a la enfermedad a través de las creencias científicas como un deterioro de la salud en el organismo humano generando un debilitamiento del sistema natural de defensa en el organismo, la coexistencia entre estas creencias muestran aspectos diversos de explicación sobre fenómenos como la salud y enfermedad en los humanos, haciendo posible el aceptar aspectos de la experiencia humana, comprendiendo sus ideologías y la manera en la que se relacionan e interactúan los individuos. Este factor contiene 4 ítems de los 30 totales, cuenta con una varianza explicada de 6.212% y un coeficiente α de Cronbach total de 0.706. La mayor carga factorial entre los reactivos es de .656 correspondiente al número 13 “Creo que la salud es tener el alma llena de fe”. (Ver tabla 3g).

Tabla 3g*FACTOR 5. CREENCIA CIENTÍFICA Y RELIGIOSA. COEXISTENCIA DE LA CREENCIA CIENTÍFICA Y RELIGIOSA.*

ÍTEM	CARGA FACTORIAL
13. Creo que la salud es tener el alma llena de fe.	.656
35. Considero que la enfermedad es exclusivamente el deterioro del organismo humano.	.582
7. Las personas misericordiosas son dignas de gozar salud.	.566
5. La salud se refiere únicamente a superar una dificultad orgánica.	.511

FACTOR 6. Creencias científicas. Tecnología, ciencia y salud. Este factor refiere a las creencias científicas que enfatizan en el papel de la tecnología y ciencia en la explicación de la salud, donde los medios de comunicación tiene un papel fundamental en la sociedad, estos se han posicionado como la primera vía de información, es una necesidad llevar el conocimiento científico a la sociedad y conseguir ciudadanos formados e informados, así como generar una facilidad de información al paciente para que este al pendiente y monitoreando su salud a cualquier hora del día, sin tener que salir de casa y de manera instantánea, ante ello la ciencia y tecnología, han trabajado de la mano para crear apps de consulta médica que les permite a los usuarios obtener información sobre su salud, si bien todas las plataformas deberían tener personal responsable de crear y mantener sistemas para plataformas que brinden información estratégica e inteligencia para desarrollar y respaldar la implementación de políticas basadas en evidencia y decisiones acertadas en materia de salud pública, sin embargo no siempre es así, ya que existen plataformas con fuentes de información poco fiables creando un mal uso de información sobre la salud en la población creando un impacto completamente contrario al principal que es el uso de las tecnologías de la información y la comunicación en el desarrollo de la salud, creando de esta manera rumores, mitos y suposiciones que ponen en peligro a la salud humana. Con 3 reactivos de los 30 totales, la mayor carga factorial entre los reactivos es de .871 perteneciente al número 26 “Creo que las apps de consulta médicas les permiten a los pacientes estar actualizados sobre su salud” La varianza total explicada para este factor lo constituye un 4.550% con un valor de coeficiente $\alpha = 0.735$. (Ver tabla 3h).

Tabla 3h*FACTOR 6. CREENCIAS CIENTÍFICAS. TECNOLOGÍA, CIENCIA Y SALUD*

ÍTEM	CARGA FACTORIAL
25. Considero que Dios dotó de inteligencia al humano al crear las vacunas contra la COVID-19.	.419
26. Creo que las apps de consulta médicas les permiten a los pacientes estar actualizados sobre su salud.	.871
24. Creo que los blogs de contenido relacionado a la salud en internet ofrecen únicamente mitos sobre la misma.	.789

FACTOR 7. Creencia Científica. Ciencia y salud. Este factor describe únicamente a las creencias científicas que abordan el papel que han jugado los avances científicos sobre el fenómeno de la salud; el desarrollo de la ciencia en temas de salud ha beneficiado a la sociedad en general, otorgando nuevos conocimientos con respaldos científicos y aumentando la calidad de vida en las personas, la ciencia aborda las necesidades de la sociedad creando estrategias sanitarias ante los problemas de salud y medidas de prevención de enfermedades; con base a las creencias científicas la salud es definida como el estado completo de bienestar físico, mental y social, así como el equilibrio orgánico del cuerpo humano. Con 3 reactivos de los 30 totales, la mayor carga factorial entre los reactivos es de .845 perteneciente al número 14 “Creo que la comunidad científica es la única que resuelve incógnitas sobre la salud humana”. La varianza total explicada para este factor lo constituye un 4.318% con un valor de coeficiente $\alpha = 0.644$. (Ver tabla 3i).

Tabla 3i

FACTOR 7. CREENCIA. CIENTÍFICA. CIENCIA Y SALUD.

ÍTEM	CARGA FACTORIAL
14. Creo que la comunidad científica es la única que resuelve incógnitas sobre la salud humana.	.842
10. Creo que las medidas preventivas de cuidado a la salud son la modificación de conductas de riesgo para evitar enfermedades en los humanos.	.612
8. Creo que la salud es el mantenimiento de la homeostasis del cuerpo humano.	.516

A continuación, se presenta el análisis factorial del instrumento ASEVC-19.

Después de realizar el análisis de fiabilidad, se aplicó el análisis factorial exploratorio donde se encontró que la medida de adecuación de muestreo KMO obtuvo un valor de .477, mientras que, la prueba de esfericidad de Bartlett resultó un valor aproximado para 435 gl de $c^2= 22694.757$ ($p=.000$); por lo tanto, se realizó el análisis factorial de componentes principales.

Se aplicó el método de extracción para el análisis de componentes principales y el método de rotación Varimax con normalización Kaiser convergiendo en 13 iteraciones, lo cual dio un total de 7 factores, sin embargo, se eliminan los factores 5 y 7, porque no cumplen con el número de reactivos solicitados (mínimo de 3 reactivos). Entre los reactivos eliminados se encuentran los ítems 12 y 18 por no cumplir con una carga factorial mayor a .35, también se elimina el reactivo 22 perteneciente a los factores suprimidos, dando un total de 3 ítems eliminados, por tanto, se conservan 27 elementos para el instrumento ASEVC-19, con una varianza total acumulada de 68.418%. (Ver Tabla 3j).

Tabla 3j*VARIANZA EXPLICADA, VARIANZA ACUMULADA Y DESVIACIONES ESTÁNDAR DE CADA FACTOR*

FACTORES	% VARIANZA EXPLICADA	% VARIANZA ACUMULADA	M	DE
FACTOR 1. Actitudes desfavorables. Factores de riesgo y daños a la salud.	24.221 %	24.221 %	2.08	.833
FACTOR 2. Actitudes favorables. Hábitos para el cuidado de la salud.	20.709 %	44.930 %	3.06	.912
FACTOR 3. Actitudes Favorables. Estilo de vida saludable.	12.048 %	56.978 %	3.69	.768
FACTOR 4. Actitudes favorables. Prevención de enfermedades.	6.694 %	63.672 %	3.27	.821
FACTOR 5. Actitudes favorables. Medidas sanitarias ante la enfermedad.	4.746 %	68.418 %	3.15	.768

En la tabla 3k se muestra la solución factorial obtenida de los 5 factores restantes. (Ver tabla 3k).

Tabla 3k*MATRIZ DE COMPONENTES ROTADOS, VARIANZA TOTAL EXPLICADA Y ALPHA DE CRONBACH POR FACTORES*

REACTIVO	CARGA FACTORIAL				
	FACTOR	FACTOR	FACTOR	FACTOR	FACTOR
	1	2	3	4	5

	<i>ACTITU DES DESFAV ORABLE S. FACTOR ES DE RIESGO Y DAÑOS A LA SALUD</i>	<i>ACTITU DES FAVORA BLES. HÁBITO S PARA EL CUIDAD O DE LA SALUD</i>	<i>ACTITU DES FAVORA BLES. ESTILO DE VIDA SALUDA BLE</i>	<i>ACTITU DES FAVOR ABLES. PREVE NCIÓN DE ENFER MEDAD ES</i>	<i>ACTITU DES FAVOR ABLES. MEDID AS SANITA RIAS ANTE LA ENFER MEDA D</i>
13. Evito aplicar en mis pacientes la vacuna de Sinovac porque genera miocarditis a largo plazo.	.856	.061	.200	.074	.212
15. Para guardar energía ante una enfermedad prefiero ser sedentario.	.833	-.024	-.053	-.106	-.176
11. Evito enfermedades musculares siendo sedentario	.826	-.075	-.085	-.089	-.019
7. Evito vacunar a mis pacientes contra la COVID-19 con diagnóstico de diabetes.	.826	.220	-.149	-.018	-.066
16. Consumo medicina herbolaria como primera alternativa ante una enfermedad.	.806	-.113	-.100	-.086	-.185
5. Evito vacunar a mis pacientes contra la COVID-19 con diagnóstico de enfermedades respiratorias crónicas.	.718	.403	.105	.087	.127
24. Cuando me fatigo acudo a sesiones de reiki.	.674	.033	.048	-.450	-.144
25. Consumo remedios caseros para mantener mi cuerpo saludable.	.659	.068	-.109	-.132	-.367
29. Evito aplicar la vacuna AstraZeneca con mis pacientes porque generan coagulaciones sanguíneas.	.640	.493	-.036	.131	.264
8. Fortalezco mi sangre tomando hierro.	.103	.858	.219	.089	.130
19. Acudo a diferentes especialistas cuando estoy enfermo.	-.209	.806	.165	.010	.205
21. Me vacuné contra la COVID-19 por que pertenezco al sector salud.	.220	.641	.104	-.002	.032
26. Fortalezco mis huesos tomando ácido fólico.	.509	.541	.206	.150	-.086
3. Enfrento una enfermedad siguiendo al pie de la letra las instrucciones del médico.	-.015	-.031	.848	.070	.113
1. Al cocinar mi propia comida cuido mi salud.	.017	.272	.841	.240	-.008
20. Tomo el medicamento a la hora exacta cuando estoy enfermo.	-.105	.305	.811	.023	-.087
30. Acudo a mis citas médicas programadas con la finalidad de saber mi estado de salud.	-.467	.205	.491	.401	.105

10. Me vacune contra la COVID-19 con la finalidad de evitar contagiarme.	-.152	.333	.037	.808	.187
6. Cuido mi salud al solo comer verduras orgánicas.	-.069	-.141	.009	.773	-.353
23. Me vacuné contra la COVID-19 con la finalidad de trabajar sin preocupaciones de contraer el virus SARS-CoV-2.	-.071	-.020	.413	.725	.029
17. Me vacuné contra la COVID-19 porque es obligatorio en mi trabajo.	.399	.155	.429	.494	-.244
27. Solo consumo medicina natural para curar enfermedades virales.	.433	-.074	.054	.186	-.311
14. Saludo de codo si estoy enfermo de gripa.	-.060	.272	-.020	-.155	.789
4. Me vacuné contra la COVID-19 sabiendo que fortalece mi sistema ante el SARS-CoV-2.	-.517	-.020	.128	-.063	.667
28. Aplico cuarentena cada vez que enfermo gravemente.	.082	.416	-.111	.370	.561
2. Para restablecer mi salud ante una enfermedad solo acudo al médico.	.286	-.058	.219	.252	.354
9. Evito agravar una enfermedad hidratándome todo el tiempo.	.209	.215	.286	.412	.221
Total de reactivos	10	4	5	4	4
% de Varianza Total Explicada	24.221 %	20.709 %	12.048 %	6.694 %	4.746 %
Valor de Coeficiente Alpha de Cronbach	.916	.795	.823	.718	.645

Con un total de 5 factores se explican las actitudes favorables y desfavorables del personal médico ante la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19, a continuación, se reporta detalladamente los resultados:

FACTOR 1. Actitudes desfavorables. Factores de riesgo y daños a la salud. En este factor se identifican las conductas relacionadas a las condiciones o hábitos que aumentan la probabilidad que una persona enferme, como lo es el sedentarismo ya que provoca con el paso del tiempo lesiones corporales y desbalances en los sistemas que conforman al cuerpo humano; la relación entre los factores de riesgo ya las conductas que dañan a la salud se encuentra el consumo de medicina herbolaria o remedios caseros ante cualquier tipo de malestar orgánico, así como acudir a sesiones de tratamientos alternativos como el Reiki. En la actualidad bajo el contexto de la pandemia COVID-19 se han generado vacunas contra el virus causante de esta crisis sanitaria

mundial, tomando en cuenta reacciones adversas tras recibir la vacuna, creando así una evasión ante diferentes tipos de vacunas de acuerdo a sus componentes químicos, así mismo en casos específicos de pacientes con diagnóstico de enfermedades crónico degenerativas se ha puesto en tela de juicio condiciones para recibir la aplicación de las dosis necesarias, aumentando las condiciones de riesgo y daños a la salud en la población. Este factor contiene 10 reactivos de los 27 totales, cuenta con una varianza explicada de 24.221 % y un coeficiente α de Cronbach total de .916. La mayor carga factorial entre los reactivos es de 856 correspondiente al número 13 “Evito aplicar en mis pacientes la vacuna de Sinovac porque genera miocarditis a largo plazo”. (Ver tabla 31).

Tabla 31

FACTOR 1. ACTITUDES DESFAVORABLES. FACTORES DE RIESGO Y DAÑOS A LA SALUD.

ÍTEM	CARGA FACTORIAL
13. Evito aplicar en mis pacientes la vacuna de Sinovac porque genera miocarditis a largo plazo.	.856
15. Para guardar energía ante una enfermedad prefiero ser sedentario.	.833
11. Evito enfermedades musculares siendo sedentario	.826
7. Evito vacunar a mis pacientes contra la COVID-19 con diagnóstico de diabetes.	.826
16. Consumo medicina herbolaria como primera alternativa ante una enfermedad.	.806
5. Evito vacunar a mis pacientes contra la COVID-19 con diagnóstico de enfermedades respiratorias crónicas.	.718
24. Cuando me fatigo acudo a sesiones de reiki.	.674
25. Consumo remedios caseros para mantener mi cuerpo saludable.	.659
29. Evito aplicar la vacuna AstraZeneca con mis pacientes porque generan coagulaciones sanguíneas.	.640

FACTOR 2. Actitudes favorables. Hábitos para el cuidado de la salud. El factor aborda la importancia de cuidar la salud como clave de vitalidad y tener un óptimo estado en el funcionamiento del organismo, junto con los hábitos individuales de la población prevaleciendo el

cuidado de su salud, por ejemplo, tomar ácido fólico para fortalecer el sistema óseo o consumir hierro para el sistema sanguíneo; el hábito de acudir a diferentes especialistas cuando se contrae alguna enfermedad compleja. Bajo el contexto actual de pandemia por COVID-19 el cuidado de la salud se incrementó, creando nuevos hábitos saludables entre la población en general y el personal médico, aceptando la vacuna contra la COVID-19 como trabajadores del sector salud. Este factor contiene 4 reactivos de los 27 totales, cuenta con una varianza explicada de 20.709 % y un coeficiente α de Cronbach total de .795. La mayor carga factorial entre los reactivos es de .858 correspondiente al número 8 “Fortalezco mi sangre tomando hierro”. (Ver tabla 3m).

Tabla 3m

FACTOR 2. ACTITUDES FAVORABLES. HÁBITOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

ÍTEM	CARGA FACTORIAL
8. Fortalezco mi sangre tomando hierro.	.858
19. Acudo a diferentes especialistas cuando estoy enfermo.	.806
21. Me vacuné contra la COVID-19 por que pertenezco al sector salud.	.641
26. Fortalezco mis huesos tomando ácido fólico.	.541

FACTOR 3. Actitudes Favorables. Estilo de vida saludable. Este factor alude específicamente a los comportamientos que realizan las personas para mantener su cuerpo saludable, el adoptar un estilo de vida saludable se presenta tanto en rutinas o hábitos favorables como el consumo de comida casera, uso de vegetales orgánicos para la preparación de la dieta y la higiene en la preparación de la misma, previniendo enfermedades digestivas. O bien tras contraer alguna enfermedad acudir al médico como primera alternativa de consulta, siguiendo estrictamente las instrucciones del médico, respetando los horarios establecidos, así como acudir a citas médicas programadas para conocer el estado de salud llevando un control de la misma. La pandemia de COVID-19 ha tenido un gran impacto en las jornadas laborales de los profesionales de salud en las instituciones médicas, ya que al encontrarse en constante exposición con el virus se implementó la estrategia de vacunación contra la COVID-19 para el personal de atención médica, permitiéndoles

completar sus actividades laborales sin preocupaciones de contraer el virus SARS-CoV-2 causante de esta enfermedad. Este factor contiene 5 reactivos de los 27 totales, cuenta con una varianza explicada de 12.048 % y un coeficiente α de Cronbach total de .823. La mayor carga factorial entre los reactivos es de .848 correspondiente al número 3 “Enfrento una enfermedad siguiendo al pie de la letra las instrucciones del médico”. (Ver tabla 3n).

Tabla 3n

FACTOR 3. ACTITUDES FAVORABLES. ESTILO DE VIDA SALUDABLE

ÍTEM	CARGA FACTORIAL
3. Enfrento una enfermedad siguiendo al pie de la letra las instrucciones del médico.	.848
1. Al cocinar mi propia comida cuidó mi salud.	.841
20. Tomo el medicamento a la hora exacta cuando estoy enfermo.	.811
30. Acudo a mis citas médicas programadas con la finalidad de saber mi estado de salud.	.491
23. Me vacuné contra la COVID-19 con la finalidad de trabajar sin preocupaciones de contraer el virus SARS-CoV-2.	.413

FACTOR 4. Actitudes favorables. Prevención de enfermedades. Este factor aborda la pandemia de COVID-19, ya que el virus SARS-CoV-2 se transmite en la interacción con secreciones entre las personas al hablar, estornudar, toser o respirar, por ello se aplicaron ciertas estrategias de prevención en las instituciones médicas, haciendo de manera obligatoria la aplicación las dosis necesarias de la vacuna contra la COVID-19 en los profesionales de la salud, resguardando la integridad vital de los doctores y enfermeras (os) en sus jornadas laborales; entre las medidas de prevención a enfermedades de otros tipos se emplea el mantener al cuerpo hidratado todo el tiempo o alimentarse con comida orgánica dentro y fuera de las instituciones médicas con respecto a los profesionales de la salud. Este factor contiene 4 reactivos de los 27 totales, cuenta con una varianza explicada de 6.694 % y un coeficiente α de Cronbach total de .718. La mayor carga factorial entre los reactivos es de .808 correspondiente al número 10 “Me vacune contra la COVID-19 con la finalidad de evitar contagiarme”. (Ver tabla 3ñ).

Tabla 3ñ

FACTOR 4. ACTITUDES FAVORABLES. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

ÍTEM	CARGA FACTORIAL
10. Me vacune contra la COVID-19 con la finalidad de evitar contagiarme.	.808
6. Cuido mi salud al solo comer verduras orgánicas.	.773
17. Me vacuné contra la COVID-19 porque es obligatorio en mi trabajo.	.494
9. Evito agravar una enfermedad hidratándome todo el tiempo.	.412

FACTOR 5. Actitudes favorables. Medidas sanitarias ante la enfermedad. En este factor se aborda la aplicación de las medidas de seguridad sanitaria para la prevención o intervención al contraer una enfermedad en los profesionales de la salud, como saludar con el codo al presentar síntomas de gripe, así como acudir al a consultas médicas cuando se presentan los primeros síntomas de alguna enfermedad, o aplicar aislamiento domiciliario en caso de contraer gravemente enfermedades contagiosas, bajo la pandemia de COVID-19 estas y otras medidas se emplearon en la población previniendo la propagación del virus provocando contagios masivos, una de las medidas preventivas ante el virus del SARS-Cov-2 fue la aplicación de la vacuna contra la COVID-19, fortaleciendo al sistema inmune disminuyendo la probabilidad de mortalidad al contraerlo. Con 4 reactivos de los 27 totales, este factor tiene una varianza total explicada de 4.746 % con un valor de coeficiente de $\alpha=.645$. La mayor carga factorial entre los reactivos es de .789 correspondiente al número 14 “Saludo de codo si estoy enfermo de gripa”. (Ver tabla 3o).

Tabla 3o

FACTOR 5. ACTITUDES FAVORABLES. MEDIDAS SANITARIAS ANTE LA ENFERMEDAD

ÍTEM	CARGA FACTORIAL
14. Saludo de codo si estoy enfermo de gripa.	.789

4. Me vacuné contra la COVID-19 sabiendo que fortalece mi sistema ante el SARS-CoV-2.	.667
28. Aplico cuarentena cada vez que enfermo gravemente.	.561
2. Para restablecer mi salud ante una enfermedad solo acudo al médico.	.354

4. Análisis de Correlación de Pearson

Una vez obtenidos los factores de cada instrumento, se procede a conocer si existe una relación entre las creencias y actitudes ante la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19, así como su dirección y grado de asociación, por lo que se considera realizar el análisis de correlación de Pearson, ya que se enfoca en estudiar la relación (o correlación) entre dos variables aleatorias cuantitativas (escala mínima de intervalo), es decir, es un índice que mide el grado de covariación entre distintas variables relacionadas linealmente que da a conocer información acerca de la intensidad y la dirección de la relación (Cohen et al., 2002).

Considerando que este análisis ayuda a indicar las relaciones entre las variables, se muestran a continuación las correlaciones encontradas entre los instrumentos CSEVC-19 y ASEVC-19:

En primer lugar, se identifica al **FACTOR 1. Creencias sobrenaturales. “Origen de la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19”** con una correlación significativa con los siguientes factores del instrumento CSEVC-19: **Factor 2. Creencias seculares. “Tratamientos alternativos hacia la enfermedad”**; **FACTOR 4. Creencia científica. “Origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19”**; **FACTOR 5. Coexistencia de la creencia científica y religiosa. “Definición de salud y enfermedad”** y **FACTOR 7. Creencia Científica. “Ciencia y salud”**.

Así mismo se identifican las siguientes correlaciones significativas del **FACTOR 1. Creencias sobrenaturales. “Origen de la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19”** con los factores del instrumento ASEVC-19: **FACTOR 1. Actitudes desfavorables. “Factores de riesgo y daños a la salud”**; **FACTOR 2. Actitudes favorables. “Hábitos para el cuidado de la salud”**; **FACTOR 3. Actitudes Favorables. “Estilo de vida saludable”** y **FACTOR 5. Actitudes favorables. “Medidas sanitarias ante la enfermedad”**.

Factor 2. Creencias seculares. “Tratamientos alternativos hacia la enfermedad”, el cual, se correlaciona con 5 factores del instrumento CSEVC-19 y 4 factores del instrumento ASEVC-19, siendo el **FACTOR 3. Creencia científica. “Difusión científica hacia la salud”**; **FACTOR 4. Creencia científica. “Origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19”**; **FACTOR 5. Coexistencia de la creencia científica y religiosa. “Definición de salud y enfermedad”**; **FACTOR 6. Creencias científicas. “Tecnología, ciencia y salud”**; **FACTOR 7. Creencia Científica. “Ciencia y salud”** y **FACTOR 1. Actitudes desfavorables. “Factores de riesgo y daños a la salud”**; **FACTOR 3. Actitudes Favorables. “Estilo de vida saludable”**; **FACTOR 4. Actitudes favorables. “Prevención de enfermedades”**; **FACTOR 5. Actitudes favorables. “Medidas sanitarias ante la enfermedad”** respectivamente.

Para el **FACTOR 3. Creencia científica. “Difusión científica hacia la salud”** se identifica una relación significativa con el **FACTOR 4. Creencia científica. “Origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19”** del instrumento CSEVC-19 y correlaciones significativas con el **FACTOR 1. Actitudes desfavorables. “Factores de riesgo y daños a la salud”**; **FACTOR 3. Actitudes Favorables. “Estilo de vida saludable”**; **FACTOR 4. Actitudes favorables. “Prevención de enfermedades”** del instrumento ASEVC-19.

En cuanto al **FACTOR 4. Creencia científica. “Origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19”** tiene una correlación significativa con el **FACTOR 5. Coexistencia de la creencia científica y religiosa. “Definición de salud y enfermedad”**; **FACTOR 6. Creencias científicas. “Tecnología, ciencia y salud”**; **FACTOR 7. Creencia Científica. “Ciencia y salud”**, así como con los factores **FACTOR 1. Actitudes desfavorables. “Factores de riesgo y daños a la salud”**; **FACTOR 3. Actitudes Favorables. “Estilo de vida saludable”**; **FACTOR 4. Actitudes favorables. “Prevención de enfermedades”**.

El **FACTOR 5. Coexistencia de la creencia científica y religiosa. “Definición de salud y enfermedad”** posee una relación significativa con el **FACTOR 6. Creencias científicas. “Tecnología, ciencia y salud”**; **FACTOR 7. Creencia Científica. “Ciencia y salud”**, así como con los factores **FACTOR 1. Actitudes desfavorables. “Factores de riesgo y daños a la salud”**; **FACTOR 2. Actitudes favorables. “Hábitos para el cuidado de la salud”**; **FACTOR 3. Actitudes Favorables. “Estilo de vida saludable”**; **FACTOR 4. Actitudes favorables.**

“Prevención de enfermedades” y el FACTOR 5. Actitudes favorables. “Medidas sanitarias ante la enfermedad”.

Posteriormente el **FACTOR 6. Creencias científicas. “Tecnología, ciencia y salud”** posee dos relaciones significativas con **FACTOR 2. Actitudes favorables. “Hábitos para el cuidado de la salud”** y **FACTOR 4. Actitudes favorables. “Prevención de enfermedades”** del instrumento ASEVC-19.

Para finalizar con los factores del instrumento CSEVC-19 se encuentra una correlación significativa entre el **FACTOR 7. Creencia Científica. “Ciencia y salud”** con el **FACTOR 1. Actitudes desfavorables. “Factores de riesgo y daños a la salud”** del instrumento ASEVC-19.

Mientras que entre los factores del instrumento ASEVC-19 se encuentra al **FACTOR 1. Actitudes desfavorables. “Factores de riesgo y daños a la salud”** con una correlación significativa con el **FACTOR 2. Actitudes favorables. “Hábitos para el cuidado de la salud”**; **FACTOR 3. Actitudes Favorables. “Estilo de vida saludable”**; **FACTOR 4. Actitudes favorables. “Prevención de enfermedades”** y el **FACTOR 5. Actitudes favorables. “Medidas sanitarias ante la enfermedad”**.

El **FACTOR 2. Actitudes favorables. “Hábitos para el cuidado de la salud”** con correlación significativa entre el **FACTOR 3. Actitudes Favorables. “Estilo de vida saludable”**; **FACTOR 4. Actitudes favorables. “Prevención de enfermedades”** y **FACTOR 5. Actitudes favorables. “Medidas sanitarias ante la enfermedad”**.

Posteriormente el **FACTOR 3. Actitudes Favorables. “Estilo de vida saludable”** tiene dos correlaciones significativas entre el **FACTOR 4. Actitudes favorables. “Prevención de enfermedades”** y el **FACTOR 5. Actitudes favorables. “Medidas sanitarias ante la enfermedad”**.

Finalmente, el **FACTOR 4. Actitudes favorables. “Prevención de enfermedades”** se correlaciona significativamente con el **FACTOR 5. Actitudes favorables. “Medidas sanitarias ante la enfermedad”**. (Ver tabla 4a).

Tabla 4a

ANÁLISIS DE FACTORES CORRESPONDIENTES A LOS RESULTADOS DE CORRELACIÓN DE PEARSON

FACTOR 1. CREENCIAS SOBRENAT URALES. ORIGEN DE LA SALUD, ENFERME DAD Y VACUNAS CONTRA LA COVID- 19	FACTOR 2. CREENCI AS SECULAR ES. TRATAMI ENTOS ALTERNA TIVOS HACIA LA ENFERME DAD	FACTO R 3. CREEN CIAS CIENTÍ FICAS. DIFUSI ÓN CIENTÍ FICA HACIA LA SALU D	FACTO R 4. CREEN CIAS CIENTÍF ICAS. ORIGEN Y PROPÓS ITO DE LAS VACUN AS CONTR A LA COVID- 19	FACTOR 5. COEXIST ENCIA DE LA CREENCI A CIENTÍFI CA Y RELIGIO SA. DEFINICI ÓN DE SALUD Y ENFERM EDAD	FACTOR 6. CREEN IAS CIENTÍF ICAS. TECNOL OGÍA, CIENCIA Y SALUD	FACTO R 7. CREEN CIA CIENTÍ FICA. CIENCI A Y SALUD	FACTOR 1. ACTITUDE S DESFAVOR ABLES. FACTORES DE RIESGO Y DAÑOS A LA SALUD	FACTOR 2. ACTITU DES FAVORA BLES. HÁBITO S PARA EL CUIDAD O DE LA SALUD	FACTOR 3. ACTITU DES FAVORA BLES. ESTILO DE VIDA SALUDA BLE	FACTOR 4. ACTITUDE S FAVORAB LES. PREVENC IÓN DE ENFERME DADES	FACTOR 5. ACTITUDES FAVORABLE S. MEDIDAS SANITARIAS ANTE LA ENFERMEDA D
FACTOR 1. Creencias sobrenaturales. Origen de la salud, enfermedad y vacunas contra la covid-19	1										
FACTOR 2. Creencias seculares. Tratamientos alternativos hacia la enfermedad	.323**	1									

FACTOR 3. Creencias científicas. Difusión científica hacia la salud		.195**	1				
FACTOR 4. Creencias científicas. Origen y propósito de las vacunas contra la covid-19	.144**	.568**	.283**	1			
FACTOR 5. Coexistencia de la creencia científica y religiosa. Definición de salud y enfermedad	.274**	.570**	.388**	1			
FACTOR 6. Creencias científicas. Tecnología, ciencia y salud		-.315**	-.470**	-.214**	1		
FACTOR 7. Creencia científica. Ciencia y salud	-.223**	-.397**	-.177**	.336**		1	
FACTOR 1. Actitudes desfavorables. Factores de riesgo y daños a la salud	.809**	.517**	-.143**	.295**	.462**	-.454**	1

FACTOR 2. Actitudes favorables. Hábitos para el cuidado de la salud	.279**				.331**	.304**	.268**	1			
FACTOR 3. Actitudes favorables. Estilo de vida saludable	-.209**	.237**	.375**	.207**	.421**		-.176**	.328**	1		
FACTOR 4. Actitudes favorables. Prevención de enfermedades		.493**	.396**	.521**	.551**	-.174**	.236**	.360**	.532**	1	
FACTOR 5. Actitudes favorables. Medidas sanitarias ante la enfermedad	-.172**	-.176**			.386**		-.118**	.376**	.192**	.166**	1

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Siendo uno de los objetivos de la investigación, identificar y describir la relación entre creencias y actitudes hacia la salud, la enfermedad y las vacunas contra la COVID-19 presentes en personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del Estado de Tlaxcala, se presentan a continuación las correlaciones obtenidas entre las creencias, actitudes y entre ellas a través del análisis de Pearson:

Posteriormente se describe la relación entre las creencias hacia la salud, la enfermedad y las vacunas contra la COVID-19 presentes en personal de atención médica.

Se identificó una correlación estadísticamente significativa de $.323^{**}$ de intensidad *baja*, con dirección positiva entre el **FACTOR 1. Creencias sobrenaturales. “Origen de la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19”** y el **FACTOR 2. Creencias seculares. “Tratamientos alternativos hacia la enfermedad”**. Donde los profesionales de la salud creen que la enfermedad se origina como la consecuencia de transgredir o violar un mandamiento de la ley divina, así mismo creen que la salud es el poder de Dios en la sanación de una enfermedad siendo el resultado de un milagro divino, y durante el contexto de la pandemia por COVID-19 creen que la creación de la vacuna contra la COVID-19 es el resultado del otorgamiento de inteligencia y conocimiento por parte de Dios a los científicos encargados de su creación, a su vez creen que la práctica de tratamientos alternativos ayudan a curar cualquier enfermedad.

Posteriormente se encuentra al **FACTOR 1. Creencias sobrenaturales. “Origen de la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19”** y el **FACTOR 4. Creencia científica. “Origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19”** con una correlación estadísticamente significativa de $.144^{**}$ de intensidad *muy baja*, con dirección positiva, es decir, los profesionales de la salud creen en que Dios es el único con el poder de enfermar a las personas tras la violación de sus leyes divinas; así como también creen que la salud en los humanos es un símbolo de su misericordia y bondad divina a la humanidad, al mismo tiempo, en el contexto actual de pandemia por COVID-19 creen que Dios fue un elemento esencial en la creación de la vacuna al otorgarle el conocimiento necesario a los científicos encargados de la vacuna contra la COVID-19, al igual que consideran que la comunidad científica y medica crearon la vacuna con el propósito de reducir el porcentaje de mortalidad y hospitalizaciones cuando se esté en contacto con el virus, esto gracias al conocimiento obtenido de evidencia científica en los laboratorios.

También se identificó una correlación estadísticamente significativa de $.274^{**}$ de intensidad *baja*, con dirección positiva entre el **FACTOR 1. Creencias sobrenaturales. “Origen de la salud,**

enfermedad y vacunas contra la COVID-19” y el FACTOR 5. Coexistencia de la creencia científica y religiosa. “Definición de salud y enfermedad”, donde los profesionales de la salud tienen una postura religiosa donde conciben a la salud como un acto de milagro divino y a la enfermedad como el pago del pecado original entre Adán y Eva dentro del paraíso divino, desde esta visión religiosa en la pandemia por COVID-19 para ellos, Dios le concedió a la humanidad una cura a través de una vacuna contra la COVID-19, otorgando inteligencia a los científicos encargados de su creación, así como también tienen una postura científica con respecto al fenómeno de la salud y enfermedad, ya que bajo esta perspectiva, la salud es un estado de bienestar o de equilibrio orgánico del cuerpo humano y la enfermedad como un deterioro de la salud en el organismo humano generando un debilitamiento del sistema natural de defensa en el organismo.

Así mismo se identifica la correlación estadísticamente significativa de $-.233^{**}$ con una intensidad *baja* y dirección negativa entre el **FACTOR 1. Creencias sobrenaturales. “Origen de la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19”** y el **FACTOR 7. Creencia Científica. “Ciencia y salud”** donde los profesionales de la salud, no creen que el estar saludable se debe a estar en paz, calma y armonía con Dios y que el enfermar sea causa de los pecados cometidos y violaciones a las leyes divinas, así como bajo el contexto de pandemia mundial, no creen que Dios haya otorgado inteligencia a los científicos encargados para la creación de la vacuna contra la COVID-19, pero si creen que la salud es resultado del mantenimiento homeostático del cuerpo humano donde la comunidad científica es la única vía de ayuda a la humanidad para resolver incógnitas sobre la salud con su conocimiento científico obtenido exclusivamente de investigaciones empíricas.

Seguido del **FACTOR 2. Creencias seculares. “Tratamientos alternativos hacia la enfermedad”** y el **FACTOR 3. Creencia científica. “Difusión científica hacia la salud”** con una correlación estadísticamente significativa de $.195^{**}$ de intensidad *muy baja*, con dirección positiva, muestra que los profesionales de la salud creen que los tratamientos alternativos como la limpia tradicional o la acupuntura para encontrar una sanación completa del alma y cuerpo en los enfermos, ya que consideran que si se utiliza un tratamiento alternativo junto a la medicina el resultado de la cura es más eficiente y eficaz, de tal forma que se está tratando al cuerpo humano desde distintas vías de sanación llegando más fácilmente a una cura, así como también creen que es importante los conocimientos que la comunidad científica otorga a la sociedad a través de la divulgación por parte de los medios de comunicación, creando de esta manera una guía de cuidados, prevalencia y mejoramiento de conductas para tener una vida saludable.

Entre el **FACTOR 2. Creencias seculares. “Tratamientos alternativos hacia la enfermedad”** y el **FACTOR 4. Creencia científica. “Origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19”** se encuentra una correlación estadísticamente significativa de .568** de intensidad *moderada*, con dirección positiva, demostrando que los profesionales de la salud creen en las diferentes vías de sanación alternas para atender al cuerpo y alma de enfermedades dolorosas y complejas, es decir, el ser humano considera diferentes alternativas para reestablecer al cuerpo a un balance dinámico y homeostático, generando una funcionalidad orgánica completa, al mismo tiempo los profesionales de la salud ante la pandemia de COVID-19 consideran que gracias a los conocimientos científicos se ha creado la cura de un virus mortal en la humanidad considerada como la vacuna contra la COVID-19, dosis que ayuda al organismo humano a generar anticuerpos disminuyendo su impacto en el sistema inmune dando como resultado una resistencia al contagio del mismo.

Entre el **FACTOR 2. Creencias seculares. “Tratamientos alternativos hacia la enfermedad”** y el **FACTOR 5. Coexistencia de la creencia científica y religiosa. “Definición de salud y enfermedad”** existe una correlación estadísticamente significativa de .570** de intensidad *moderada*, con dirección positiva, donde las prácticas de los tratamientos alternativos son consideradas por parte de los profesionales de la salud como tratamientos de bajo riesgo para sanar enfermedades corporales y espirituales, también tienen una postura científica donde definen a la enfermedad como el deterioro del organismo humano, tomando como base estudios científicos que explican el funcionamiento orgánico del cuerpo, al mismo tiempo que creen desde una postura religiosa a la salud como el resultado de estar en paz, calma y armonía con Dios.

Posteriormente el **FACTOR 2. Creencias seculares. “Tratamientos alternativos hacia la enfermedad”** con el **FACTOR 6. Creencias científicas. “Tecnología, ciencia y salud”** mantienen una correlación estadísticamente significativa de -.315** de intensidad *baja*, con dirección negativa, es decir, los profesionales de la salud no creen que los tratamientos alternativos sean complemento de la medicina a base de la ciencia, a pesar de ser tratamientos de bajo riesgo como para trasgredir o poner en peligro al cuerpo humano, pero si creen que es necesario el uso de la tecnología y ciencia para crear información sobre la salud con base a estudios científicos ayudando a la sociedad a evitar rumores, mitos y suposiciones que ponen en peligro a la salud humana sobre la práctica de los tratamientos alternativos.

FACTOR 2. Creencias seculares. “Tratamientos alternativos hacia la enfermedad” con el **FACTOR 7. Creencia científica. “Ciencia y salud”** indican una correlación estadísticamente significativa de -.397** de intensidad *baja*, con dirección negativa, es decir, mientras los profesionales

de la salud no creen que la limpia tradicional con hierbas y huevos de aves sirven para curar malestares espirituales y orgánicos en una persona; si creen que la enfermedad se debe al desgaste orgánico del cuerpo humano, también creen que la comunidad científica ayuda a la humanidad a resolver incógnitas sobre la salud con su conocimiento, destacando así las medidas de preventivas consideradas como una modificación en la conducta humana para el cuidado de la salud retardando la adquisición de una enfermedad futura en el organismo.

Para el **FACTOR 3. Creencia científica. “Difusión científica hacia la salud”** y el **FACTOR 4. Creencia científica. “Origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19”** se identifica una correlación estadísticamente significativa de .283 **, de intensidad *baja* con dirección positiva, donde los profesionales de la salud creen que la comunidad científica es la única que puede proveer de conocimientos relacionados hacia la salud, transmitiendo información confiable a la sociedad por medio de la difusión entre plataformas digitales y revistas impresas. Asu vez creen que el origen de la vacuna contra la COVID-19 se debe a los conocimientos obtenidos de investigaciones y experimentación por parte de los científicos encargados de su creación dando una esperanza de vida a la población tras la pandemia actual del virus SARS-CoV-2.

En cuanto al **FACTOR 4. Creencia científica. “Origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19”** y el **FACTOR 5. Coexistencia de la creencia científica y religiosa. “Definición de salud y enfermedad”** se muestra una correlación estadísticamente significativa de .388 **, de intensidad *baja* con dirección positiva, bajo la crisis sanitaria mundial provocada por el virus SARS-Cov-2, los profesionales de la salud creen que las vacunas contra la COVID-19 fueron creadas a través arduo trabajo por parte de la comunidad científica, resguardando la integridad de la población médica y general de contraer el virus y morir a causa del mismo, a su vez consideran que el enfermar se debe a un deterioro en el organismo o invasión de un microorganismo extraño que el sistema inmune y este fue insuficiente para contrarrestarlo provocando una enfermedad en el organismo, asimismo consideran a la salud como un milagro divino por parte de Dios para el ser humano.

Mientras que el **FACTOR 4. Creencia científica. “Origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19”** y el **FACTOR 6. Creencias científicas. “Tecnología, ciencia y salud”** tienen una correlación estadísticamente significativa de -.470 **, de intensidad *moderada* con dirección negativa, donde los profesionales de la salud consideran que la vacuna contra la COVID-19 fue el máximo avance científico del siglo XXI, ya que ante las mutaciones variadas de este virus era complicado realizar una dosis que le permitiera al sistema inmune poder contrarrestarlo sin poner en peligro la vida humana

gracias a la ciencia y nueva tecnología de los laboratorios esto pudo ser posible, sin embargo los profesionales de la salud no creen que la tecnología y ciencia solo ayude a la sociedad mediante la creación de apps de consulta médica o divulgación de contenido científico respecto a la salud en revistas digitales e impresas, a pesar de que se ha creado un impacto bilateral significativo en la población, es decir, tanto es una guía de información confiable de las comunidades científicas también son propagadoras de rumores, mitos y suposiciones que ponen en peligro a la salud humana.

Con respecto al **FACTOR 4. Creencia científica. “Origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19”** y el **FACTOR 7. Creencia científica. “Ciencia y salud”** existe una correlación estadísticamente significativa de $-.177^{**}$, de intensidad *muy baja* con dirección negativa, en contexto con la pandemia de COVID-19, los profesionales de la salud creen que gracias a los conocimientos y estudios realizados por parte de la comunidad científica se originó la vacuna contra la COVID-19, la cual ayuda a generar anticuerpos, creando un escudo biológico ante el virus disminuyendo su grado de mortalidad en contacto con él, al mismo tiempo no consideran que la ciencia aborde las necesidades de la sociedad con sus estrategias ante emergencias sanitarias, así como tampoco creen que las investigaciones científicas sean relevantes para los avances que ha tenido la salud a lo largo de la historia.

Por otro lado, el **FACTOR 5. Coexistencia de la creencia científica y religiosa. “Definición de salud y enfermedad”** y el **FACTOR 6. Creencias científicas. “Tecnología, ciencia y salud”** presentan una correlación estadísticamente significativa de $-.214^{**}$ de intensidad *baja*, con dirección negativa, es decir, los profesionales consideran desde una perspectiva religiosa a la salud, definiéndola como un milagro divino, al mismo tiempo definen a la enfermedad desde una visión científica como el desequilibrio del funcionamiento orgánico del cuerpo humano, sin embargo no creen que la ciencia y tecnología tengan una papel importante para comprensión de temas relacionados a la salud.

Entre el **FACTOR 5. Coexistencia de la creencia científica y religiosa. “Definición de salud y enfermedad”** y el **FACTOR 7. Creencia científica. “Ciencia y salud”** existe una correlación estadísticamente significativa de $-.336^{**}$ de intensidad *baja*, con dirección negativa, los profesionales de la salud creen que la enfermedad se debe al deterioro orgánico del cuerpo humano, también consideran que el estar sano es estar en paz y armonía con Dios, mientras tanto no creen que la ciencia ayude a la sociedad en temas relacionados a la salud, así como tampoco consideran que la ciencia benefició a la población en general con la información obtenida de sus estudios empíricos y experimentales.

Por lo anterior, se acepta la hipótesis 21 “Existe una relación entre las creencias hacia la salud, la enfermedad y las vacunas contra la COVID-19 presentes en personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del Estado de Tlaxcala”.

A continuación, se describe la relación entre las actitudes hacia la salud, la enfermedad y las vacunas contra la COVID-19 presentes en personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del Estado de Tlaxcala.

Entre el **FACTOR 1. Actitudes desfavorables. “Factores de riesgo y daños a la salud”** y el **FACTOR 2. Actitudes favorables. “Hábitos para el cuidado de la salud”** existe una correlación estadísticamente significativa de .268** de intensidad *baja*, con dirección positiva, es decir, los profesionales de la salud tienden a identificar y emplear conductas que ponen en riesgo a su salud y la de sus pacientes de manera instantánea o gradual, aunque también ponen en práctica hábitos saludables en su vida y la de sus pacientes como el tener completo el esquema de vacunación contra el COVID-19, tanto ellos como profesionales de la salud, ya que están expuestos a mayor probabilidad de contagio al atender a pacientes infectados, como para el resto de la población, disminuyendo así el índice de mortalidad mundial.

Continuando con la correlación estadísticamente significativa de -.176** de intensidad *muy baja* y de dirección negativa, entre el **FACTOR 1. Actitudes desfavorables. “Factores de riesgo y daños a la salud”** y el **FACTOR 3. Actitudes favorables. “Estilo de vida saludable”**, muestra que mientras los profesionales de la salud no acuden a sesiones de tratamientos alternativos o consumen medicina herbolaria ante una enfermedad y evitan los hábitos que ponen en riesgo su salud, ellos tienden a acudir a citas médicas cuando enferman siguiendo estrictamente las indicaciones por parte del médico, también cuidan y balancean su dieta diaria cocinando en casa bajo su supervisión.

Entre el **FACTOR 1. Actitudes desfavorables. “Factores de riesgo y daños a la salud”** y el **FACTOR 4. Actitudes favorables. “Prevención de enfermedades”** se identifica una correlación estadísticamente significativa de .236** de intensidad *baja*, con dirección positiva, los profesionales de la salud consumen medicina herbolaria o remedios caseros ante cualquier malestar orgánico, también en el contexto actual de la pandemia por COVID-19 evitan la aplicación de cierto tipo de vacunas por reacciones adversas en el organismo tras su aplicación, así mismo emplean medidas de prevención a enfermedades como mantener el cuerpo hidratado todo el tiempo o alimentarse con comida orgánica dentro y fuera de las instituciones médicas.

Para el **FACTOR 1. Actitudes desfavorables. “Factores de riesgo y daños a la salud”** y el **FACTOR 5. Actitudes favorables. “Medidas sanitarias ante la enfermedad”** se identifica una correlación estadísticamente significativa de $-.118^{**}$ de intensidad *muy baja*, con dirección negativa, es decir, cuando los profesionales de la salud no son sedentarios, consumen medicina alterna ante una afección orgánica o evitan la práctica de tratamientos alternativos como las sesiones de reiki, emplean conductas que favorecen al cuidado de la salud, como poner en práctica los protocolos sanitarios ante enfermedades contagiosas evitando de esta forma los contagios masivos, resguardando su propia integridad y la de sus pacientes.

El **FACTOR 2. Actitudes favorables. “Hábitos para el cuidado de la salud”** y el **FACTOR 3. Actitudes favorables. “Estilo de vida saludable”** tienen una correlación estadísticamente significativa de $.328^{**}$ de intensidad *baja*, con dirección positiva donde se explica que los profesionales de la salud tienen diferentes hábitos para el cuidado de la salud, mismos que forman parte de un estilo de vida saludable como seguir estrictamente las indicaciones médicas en un tratamiento llevando control del horario y dosis, así como tener el conocimiento teórico y práctico para realizar consultas a sus pacientes, al mismo tiempo tienen una dieta balanceada; a su vez, tras la pandemia por COVID-19 los profesionales de la salud recibieron la aplicación de las dosis necesarias, disminuyendo la posibilidad de contagio en sus jornadas laborales dentro de las instituciones médicas.

Continuando con la correlación estadísticamente significativa de $.360^{**}$ de intensidad *baja*, con dirección positiva entre el **FACTOR 2. Actitudes favorables. “Hábitos para el cuidado de la salud”** y el **FACTOR 4. Actitudes favorables. “Prevención de enfermedades”**, es decir, los profesionales de la salud tienden a aceptar la aplicación de la vacuna contra la COVID-19 salvaguardando su salud y laborando de manera segura, ya que actualmente se encuentran en una pandemia causada por el virus del SARS-CoV-2, así mismo buscan a diferentes especialistas cuando tienen la sintomatología de una enfermedad grave, también respetan las indicaciones del médico en un tratamiento clínico y acuden a sus citas médicas programadas.

Con respecto al **FACTOR 2. Actitudes favorables. “Hábitos para el cuidado de la salud”** y el **FACTOR 5. Actitudes favorables. “Medidas sanitarias ante la enfermedad”** se distingue una correlación estadísticamente significativa de $.376^{**}$ de intensidad *baja*, con dirección positiva, donde los profesionales de la salud tienen hábitos y rutinas diarias, mostrando la importancia de resguardar su integridad física y orgánica al formar parte del sector salud, tomando en cuenta los tratamientos necesarios para disminuir la probabilidad de enfermarse ante la constante exposición con virus que dañan

al cuerpo humano, teniendo en cuenta medidas sanitarias que deben estar presentes durante su jornada laboral dentro de las instituciones médicas.

Posteriormente el **FACTOR 3. Actitudes favorables. “Estilo de vida saludable”** y el **FACTOR 4. Actitudes favorables. “Prevención de enfermedades”** tienen una correlación estadísticamente significativa de .532** de intensidad *moderada*, con dirección positiva; los profesionales de la salud presentan una rutina de hábitos favorables para el cuidado de su salud, consumiendo comida casera teniendo el cuidado e higiene en su preparación, también respetan sus horarios y dosis de fármacos recetados por su médico después de consultarlo por una afección orgánica, así como toman en cuenta la aplicación de las estrategias sanitarias emitidas por las instituciones médicas donde laboran, ya que por motivos de la emergencia sanitaria mundial del virus SARS-CoV-2, el personal médico recibe las dosis necesarias de la vacuna contra la COVID-19 de manera obligatoria.

Con respecto al **FACTOR 3. Actitudes favorables. “Estilo de vida saludable”** y el **FACTOR 5. Actitudes favorables. “Medidas sanitarias ante la enfermedad”** existe una correlación estadísticamente significativa de .192** de intensidad *muy baja*, con dirección positiva, donde los profesionales de la salud llevan un estilo de vida saludable, desde el tipo de dieta que consumen a diario, como tratamientos que fortalecen a su organismo, tener el control de horarios y dosis sobre los tratamientos recetados ante una enfermedad y acudir a citas médicas programadas para estar pendiente sobre su estado de salud, de la misma manera ponen en práctica las medidas sanitarias que les generan seguridad a su persona ante la exposición directa con microorganismos que dañan al cuerpo, como la implementación de cuarentena al contraer una enfermedad mortal y contagiosa, evitando de este modo la propagación del virus entre sus compañeros de trabajo y pacientes.

Por último, se distingue una correlación estadísticamente significativa de .166** de intensidad *muy baja*, con dirección positiva entre el **FACTOR 4. Actitudes favorables. “Prevención de enfermedades”** y el **FACTOR 5. Actitudes favorables. “Medidas sanitarias ante la enfermedad”**, donde los profesionales de la salud tienen conductas que favorecen al cuidado del cuerpo, entre ellos se encuentra el considerar obligatoria y necesaria la adquisición de la vacuna contra la COVID-19 para resguardar su integridad física en sus jornadas laborales, previniendo la propagación del virus, así como mantener presentes las medidas sanitarias ante diferentes enfermedades contagiosas y no contagiosas, ya que estas permiten la convivencia entre ellos con bajas probabilidades de enfermarse.

Por ende, se acepta la hipótesis 22 “Existe una relación entre las actitudes hacia la salud, la enfermedad y las vacunas contra la COVID-19 presentes en personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del Estado de Tlaxcala.”

Finalmente se describe la relación entre creencias y actitudes hacia la salud, la enfermedad y las vacunas contra la COVID-19 presentes en personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del Estado de Tlaxcala.

Después se encuentra al **FACTOR 1. Creencias sobrenaturales. “Origen de la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19”** y el **FACTOR 1. Actitudes desfavorables. “Factores de riesgo y daños a la salud”** con una correlación estadísticamente significativa de .809** de intensidad *muy alta*, con dirección positiva, donde los profesionales de la salud creen que el enfermarse se origina a través de un castigo o pago por violaciones a las leyes divinas, consideradas como pecados y a la salud como símbolo de misericordia divina o protección de Dios para evitar contraer enfermedades, también consideran a las conductas que ponen en riesgo y perjudican instantánea o gradualmente al cuerpo humano, desde la práctica y consumo de herbolaria, así como limitar a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas la aplicación de las dosis necesarias para evitar contagiarse contra la COVID-19, siendo esta una enfermedad mortal para el humano.

Con una correlación estadísticamente significativa de .279** de intensidad *baja*, con dirección positiva entre el **FACTOR 1. Creencias sobrenaturales. “Origen de la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19”** y el **FACTOR 2. Actitudes favorables. “Hábitos para el cuidado de la salud”**, los profesionales de la salud creen que la enfermedad es consecuencia de la falta de fe en Dios y a la salud como el regalo divino cuando no se ha cometido ningún pecado o infringido su palabra de Dios, al mismo tiempo tienen el hábito de acudir a diferentes especialistas cuando se contrae alguna enfermedad compleja prevalece el cuidado de la salud, así como tener completo el esquema de vacunación de la vacuna contra el COVID-19.

Con el **FACTOR 1. Creencias sobrenaturales. “Origen de la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19”** y el **FACTOR 3. Actitudes favorables. “Estilo de vida saludable”** se identifica una correlación estadísticamente significativa de -.209** de intensidad *baja*, con dirección negativa, donde muestra que los profesionales de la salud consideran a Dios como el único que puede proveer de salud, y provocar enfermedades así como dotar a la humanidad de conocimientos necesarios para la creación de la vacuna contra la COVID-19, con el fin de mostrar su poder supremo ante los seres

humanos que habitan en la tierra, sin tomar en cuenta a los estilos de vida que tienen las personas al cuidar su salud y mantener un equilibrio saludable tanto en su alimentación como en su rutina diaria, si bien el consumo de comidas caseras, hidratación necesaria y seguir estrictamente las instrucciones del médico para mantenerse saludable forman parte de las acciones que el ser humano puede hacer para ayudar a su cuerpo a no enfermarse.

Entre el **FACTOR 1. Creencias sobrenaturales. “Origen de la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19”** y el **FACTOR 5. Actitudes favorables. “Medidas sanitarias ante la enfermedad”** existe una relación estadísticamente significativa de $-.172^{**}$ de intensidad *muy baja*, con dirección negativa; el personal de salud médica considera desde una perspectiva religiosa que una persona goza de perfecta salud al estar en paz y armonía con Dios, y a la enfermedad como un castigo divino a los pecadores que han cometido un acto en contra de la voluntad de Dios, conjuntamente de la creencia que Dios a dado la inteligencia a los científicos creadores de la vacuna contra la COVID-19 tras la pandemia actual del virus SARS-CoV-2. Asimismo, los profesionales de la salud no ejecutan los protocolos sanitarios ante una enfermedad, evitando el aislamiento domiciliario, así como no acudir al a consultas médicas cuando se presentan los primeros síntomas de alguna enfermedad.

Con una correlación estadísticamente significativa de $.517^{**}$ de intensidad *moderada*, con dirección positiva entre el **FACTOR 2. Creencias seculares. “Tratamientos alternativos hacia la enfermedad”** y el **FACTOR 1. Actitudes desfavorables. “Factores de riesgo y daños a la salud”** existe la creencia entre los profesionales de la salud que los tratamientos alternativos tienden a curar enfermedades espirituales y orgánicas, siendo una nueva vía de sanación ante una enfermedad leve o crítica, así como tienen conductas que ponen en riesgo su salud, como el consumo de medicina herbolaria, remedios caseros y recibir sesiones de reiki.

El **FACTOR 2. Creencias seculares. “Tratamientos alternativos hacia la enfermedad”** con el **FACTOR 3. Actitudes favorables. “Estilo de vida saludable”** se obtiene una correlación estadísticamente significativa de $.237^{**}$ de intensidad *baja*, con dirección positiva. Los profesionales de la salud creen que los tratamientos alternativos como la limpia tradicional y la acupuntura ayudan a aliviar malestares físicos y espirituales en las personas, al mismo tiempo que acuden a sus citas programadas para conocer el estado de salud llevando un control de la misma respetando las indicaciones médica de sus tratamientos farmacéuticos.

Entre el **FACTOR 2. Creencias seculares. “Tratamientos alternativos hacia la enfermedad”** y el **FACTOR 4. Actitudes favorables. “Prevención de enfermedades”** se obtiene una correlación estadísticamente significativa de .493** de intensidad *moderada*, con dirección positiva, donde los profesionales de la salud tienden a creer en la funcionalidad de las vías alternas de sanación a parte de la medicina a base de la ciencia para contrarrestar enfermedades en sus pacientes, tomándola como participe de un complemento entre lo natural y científico teniendo como resultado una nueva manera de consultar y sanar a sus pacientes en sus malestares físicos y orgánicos, junto con la adaptación de ciertas estrategias de prevención de enfermedades como la hidratación constante del cuerpo o llevar una dieta balanceada y orgánica.

Finalmente, para el **FACTOR 2. Creencias seculares. “Tratamientos alternativos hacia la enfermedad”** y el **FACTOR 5. Actitudes favorables. “Medidas sanitarias ante la enfermedad”** se muestra una correlación estadísticamente significativa de -.176** de intensidad *muy baja*, con dirección negativa. Los profesionales de la salud no consideran a los tratamientos alternativos como vías de sanación a una enfermedad, pero si emplean las medidas sanitarias para contrarrestar una enfermedad y su propagación, como lo es el uso de la cuarentena o la exclusividad de pertenencias entre el enfermo y sus personas cercanas a él.

FACTOR 3. Creencia científica. “Difusión científica hacia la salud” y el **FACTOR 1. Actitudes desfavorables. “Factores de riesgo y daños a la salud”** presentan una correlación estadísticamente significativa de -.143**, de intensidad *muy baja* con dirección negativa, los profesionales de la salud creen que los científicos brindan sus conocimientos adaptados a las necesidades de la población en general a través de revistas y sitios web permitiendo construir una vía accesible de conocimiento relacionados hacia la salud y sus cuidados, a su vez no consumen medicina casera para aliviar malestares, tampoco asisten a terapias alternativas y en la actual pandemia de COVID-19 se limitan a tomar en cuenta algunas contraindicaciones para pacientes con diagnóstico de enfermedades crónico degenerativas ante la aplicación de la vacuna contra la COVID-19.

Entre el **FACTOR 3. Creencia científica. “Difusión científica hacia la salud”** y el **FACTOR 3. Actitudes favorables. “Estilo de vida saludable”** se identifica una correlación estadísticamente significativa de .375 **, de intensidad *baja* con dirección positiva. La difusión de los conocimientos provenientes de las comunidades científicas respecto a la salud y sus cuidados, especialmente en páginas web o revistas científicas que otorgan de primera instancia información confiable a la sociedad, los profesionales de la salud tienden a creer que estas son medidas de prevalencia a la salud entre los usuarios

y consumidores, asimismo toman en cuenta la información obtenida de estos medios para crearse su rutina con base a hábitos saludables que les beneficia a su salud en corto a largo plazo.

Entre el **FACTOR 3. Creencia científica. “Difusión científica hacia la salud”** y el **FACTOR 4. Actitudes favorables. “Prevención de enfermedades”** se mantiene una correlación estadísticamente significativa de .396 **, de intensidad *baja* con dirección positiva, esto explica que los profesionales de la salud creen que es importante y necesaria la difusión de información con respecto a la salud para la población entre los diferentes canales de comunicación, ya que consideran que es una guía con información confiable otorgada por la comunidad científica, al mismo tiempo que llevan una dieta balanceada, se hidratan durante el día y mantienen una rutina saludable dentro y fuera de las instituciones médicas donde laboran.

En el **FACTOR 4. Creencia científica. “Origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19”** y el **FACTOR 1. Actitudes desfavorables. “Factores de riesgo y daños a la salud”** se identifica una correlación significativa de .296 **, con intensidad *baja* y una dirección positiva, en contexto con la pandemia de COVID-19, los profesionales de la salud creen que la vacuna contra la COVID-19, es un gran avance por parte de la comunidad científica para el siglo XXI, al mismo tiempo toman en cuenta las reacciones adversas tras recibir la vacuna evitando la aplicación de algunos tipos de vacuna de acuerdo a sus componentes químicos base, para sus pacientes.

El **FACTOR 4. Creencia científica. “Origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19”** y el **FACTOR 3. Actitudes favorables. “Estilo de vida saludable”** tienen una correlación estadísticamente significativa de .207 **, de intensidad *baja* y dirección positiva, donde los profesionales de la salud consideran que la creación de la vacuna contra la COVID-19 ha tenido un gran impacto en la sociedad, permitiendo a la población médica y en general ser partícipe del máximo avance del siglo XXI, también se identifica una disposición favorable ante aplicación y obtención del esquema completo de vacunación entre los pacientes y profesionales de la salud, formando un nuevo hábito para el cuidado de su salud, disminuyendo la probabilidad de mortalidad al estar en exposición con el virus.

Seguido del **FACTOR 4. Creencia científica. “Origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19”** con el **FACTOR 4. Actitudes favorables. “Prevención de enfermedades”** se identifica una correlación significativa de .521 **, con intensidad *moderada* y una dirección positiva. Los profesionales de la salud consideran que la vacuna contra la COVID-19 es primordial en la salud del ser humano, al tiempo que aceptan la aplicación en su organismo completando su jornada sin preocupaciones

de contraer el virus SARS-CoV-2, también ponen en práctica una rutina de alimentación saludable y balanceada.

Entre el **FACTOR 5. Coexistencia de la creencia científica y religiosa. “Definición de salud y enfermedad”** y el **FACTOR 1. Actitudes desfavorables. “Factores de riesgo y daños a la salud”** existe una correlación estadísticamente significativa de .462** de intensidad *moderada*, con dirección positiva, los profesionales de la salud creen que el estar sano se debe a un milagro de Dios y creen que la enfermedad es el resultado de un desequilibrio en el funcionamiento del organismo humano, al tiempo que ponen en práctica hábitos desfavorables en su salud, como el consumo de herbolaria ante los síntomas de una enfermedad, también acuden a sesiones de tratamientos alternativos.

FACTOR 5. Coexistencia de la creencia científica y religiosa. “Definición de salud y enfermedad” y el **FACTOR 2. Actitudes favorables. “Hábitos para el cuidado de la salud”** tienen una correlación estadísticamente significativa de .331** de intensidad *baja*, con dirección positiva, donde los profesionales de la salud tienen una postura científica ante el origen de la enfermedad, considerándola como el resultado de alguna alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo, al mismo tiempo que creen desde una visión religiosa que la salud es un milagro divino, al tiempo que buscan y acuden a diferentes especialistas cuando diagnostican una enfermedad grave, también toman tratamientos para fortalecer sus diferentes sistemas y bajo el contexto de la crisis sanitaria mundial, los profesionales de la salud se vacunan contra la COVID-19.

Seguida de una correlación estadísticamente significativa de .421** de intensidad moderada, con dirección positiva entre el **FACTOR 5. Coexistencia de la creencia científica y religiosa. “Definición de salud y enfermedad”** y el **FACTOR 3. Actitudes favorables. “Estilo de vida saludable”**, explicando que cuando los profesionales de la salud creen que la enfermedad es únicamente explicada por la ciencia gracias a los estudios anatómicos realizados durante la historia de la medicina, considerada, así como el desbalance del funcionamiento orgánico o bien como ausencia de la salud en el organismo humano, también creen que la salud se debe a la fe en Dios desde una postura religiosa, así mismo los profesionales de la salud se alimentan saludablemente evitando la comida fuera del hogar para tener control sobre su alimentación, así como acuden a sus citas médicas programadas y llevan un orden en los tratamientos médicos recetados para el cuidado de la salud.

El **FACTOR 5. Coexistencia de la creencia científica y religiosa. “Definición de salud y enfermedad”** y el **FACTOR 4. Actitudes favorables. “Prevención de enfermedades”** mantienen una

correlación estadísticamente significativa de .551** de intensidad *moderada*, con dirección positiva, es decir, los profesionales de la salud consideran que la enfermedad es consecuencia de una invasión al cuerpo a causa de microorganismos dañinos, donde el organismo tiene su propio mecanismo de defensa para contrarrestarlos y cuando no es así, el sistema inmune colapsa originando una enfermedad, a su vez creen que el estar sano es gracias a la misericordia de Dios para la humanidad; al tiempo que emplean en su vida diaria hábitos que prevalecen su salud, como el consumo constante de líquidos y una dieta balanceada, así como se han aceptado las dosis necesarias de la vacuna contra la COVID-19, ya que se está atravesando por una pandemia del virus SARS-CoV-2.

Entre el **FACTOR 5. Coexistencia de la creencia científica y religiosa. “Definición de salud y enfermedad”** y el **FACTOR 5. Actitudes favorables. “Medidas sanitarias ante la enfermedad”** se identifica una correlación estadísticamente significativa de .386** de intensidad *baja*, con dirección positiva, la cual explica que los profesionales de la salud tienden a creer que la salud es muestra de la misericordia de Dios hacia los hombres, al mismo tiempo creen que la enfermedad se debe a un deterioro de la salud del organismo humano, a su vez emplean el saludar de codo cuando se resfrían, guardar cuarentena al contraer una enfermedad gravemente contagiosa y acudir al médico cuando presenta los primeros síntomas de una enfermedad.

Posteriormente entre el **FACTOR 6. Creencias científicas. “Tecnología, ciencia y salud”** y el **FACTOR 2. Actitudes favorables. “Hábitos para el cuidado de la salud”** existe una correlación estadísticamente significativa de .304** de intensidad *baja*, con dirección positiva, donde se identifica que los profesionales de la salud consideran que es importante la producción y difusión de los nuevos avances y conocimientos en el área de salud obtenidos por parte de la comunidad científica, también presentan hábitos positivos de su vida diaria para el cuidado de su salud, como el hábito de acudir a diferentes especialistas cuando se contrae alguna enfermedad compleja o mantener tratamientos médicos que le ayuden a fortalecer su salud.

Entre el **FACTOR 6. Creencias científicas. “Tecnología, ciencia y salud”** y el **FACTOR 4. Actitudes favorables. “Prevención de enfermedades”** hay una correlación significativa de -.174 **, con una intensidad *muy baja* y dirección negativa; los profesionales de la salud no consideran que las diferentes plataformas de comunicación sea la única vía para que la población tenga al alcance información confiable acerca de su salud, al mismo tiempo que practican en su vida diaria el uso de las medidas sanitarias para la prevención de enfermedades, disminuyendo la probabilidad de enfermarse, como tomar tratamientos que fortalecen a su organismo y mantenerse hidratado la mayor parte del día.

Finalmente, se identifica una correlación estadísticamente significativa de -0.454^{**} , intensidad *moderada* y dirección negativa entre el **FACTOR 7. Creencia científica. “Ciencia y salud”** y el **FACTOR 1. Actitudes desfavorables. “Factores de riesgo y daños a la salud”**; los profesionales de la salud creen que la ciencia beneficia a la sociedad brindándole nuevos conocimientos mejorando su calidad de vida y enfatiza en la importancia de llevar una vida saludable, también evitan el sedentarismo, el consumo de medicina herbolaria y acudir a sesiones de tratamientos alternativos/occidentales.

Por consiguiente, se acepta la hipótesis 23 “Existe una relación entre creencias y actitudes hacia la salud, la enfermedad y las vacunas contra la COVID-19 presentes en personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del Estado de Tlaxcala.”

5. Prueba t de Student para muestras independientes

Tras identificar las correlaciones entre los instrumentos CSEVC-19 y ASEVC-19, se realiza un análisis detallado entre las variables sociodemográficas dicotómicas para identificar si existe relación entre ellas y los reactivos de cada instrumento, utilizando la prueba t de Student para muestras independientes, la cual es un conjunto de curvas estructuradas por un grupo de datos de unas muestras en particular, con el objetivo de comparar dos muestras de tamaño ≤ 30 , así como aceptar/rechazar las hipótesis nulas o alternas con la ayuda de las medias de dos grupos de casos, también se fundamenta en dos premisas; la primera: en la distribución de normalidad, y la segunda: en que las muestras sean independientes (Sánchez, 2015). Por ello se realizó, el análisis estadístico t de Student para las variables sociodemográficas, respecto a los resultados se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre sexo, estado civil, institución médica y profesión con los factores del instrumento CSEVC-19:

Variable sociodemográfica sexo. De acuerdo a las medias de los grupos correspondientes a esta variable se encontró diferencia estadísticamente significativa con respecto a los siete factores de estudio, los cuales se muestran a continuación:

En el **FACTOR 1. Creencias sobrenaturales. Origen de la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19** ($t= 83.225$, $gl= 598$, $p < .000$) con una ($\bar{X}=2.24$) los hombres creen que la salud es un milagro del Dios para el humano, la enfermedad como un castigo divino a los pecadores que no respetaron la palabra de Dios, así como consideran que la creación de las vacunas contra la COVID-19 como resultado de la inteligencia otorgada por Dios a la comunidad científica, mientras que las mujeres no lo creen ($\bar{X}= 1.74$).

Para el **FACTOR 2. Creencias seculares. Tratamientos alternativos hacia la enfermedad** ($t=190.454$, $gl=598$, $p<.000$) los profesionales de salud hombres creen que el uso de tratamientos alternativos como la limpia tradicional y la acupuntura, ayuda a aliviar malestares corporales y espirituales en los humanos ($\bar{X}=2.43$), mientras que las mujeres no lo creen ($\bar{X}=1.67$).

En cuanto al **FACTOR 3. Creencias científicas. Difusión científica hacia la salud** ($t=12.019$, $gl=598$, $p<.025$), con una ($\bar{X}=3.50$) los hombres profesionales de la salud creen que los científicos proporcionan sus conocimientos a través de canales definidos como revistas y sitios web de índole científico para construir una vía accesible de conocimiento para el público en general, a diferencia de las mujeres que no creen en lo anterior ($\bar{X}=3.33$).

Respecto al **FACTOR 4. Creencias científicas. Origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19** ($t=7.975$, $gl=598$, $p<.000$), en contexto a la pandemia por COVID-19, los profesionales de la salud hombres creen que las vacunas contra la COVID-19 son el máximo avance científico del siglo XXI, siendo el propósito de estas, reducir el porcentaje de mortalidad y hospitalizaciones al estar en contacto con el virus SARS-CoV-2 ($\bar{X}=3.88$), por el contrario, se encuentran a las mujeres con una $\bar{X}=2.98$.

FACTOR 5. Coexistencia de la creencia científica y religiosa. Definición de salud y enfermedad ($t=19.600$, $gl=598$, $p<.000$), donde los hombres profesionales de salud creen que la salud puede definirse desde una postura religiosa como un acto de bondad o milagro divino y a la enfermedad desde una visión científica como el deterioro de la salud en el organismo humano ($\bar{X}=2.52$), a diferencia de las mujeres que no creen en lo anterior ($\bar{X}=2.12$).

Después en el **FACTOR 6. Creencias científicas. Tecnología, ciencia y salud** ($t=3.449$, $gl=598$, $p<.000$) se identifica que los profesionales de salud mujeres creen que la ciencia y tecnología tienen un papel fundamental en la sociedad con respecto a temas de salud, ya que consideran que brindan herramientas a la sociedad para monitorear su salud y llevar un control de la misma ($\bar{X}=2.90$), mientras que los hombres no lo creen ($\bar{X}=2.43$).

Finalmente, para el **FACTOR 7. Creencia científica. Ciencia y salud** ($t=28.004$, $gl=598$, $p<.000$) las mujeres tienden a creer que la ciencia ha jugado un papel importante respecto a los avances que ha tenido la salud a lo largo de la historia, tanto como creer que la ciencia aborda las necesidades de la sociedad creando estrategias sanitarias ante los problemas de salud y medidas de prevención de enfermedades ($\bar{X}=4.40$), a diferencia de los hombres de atención médica ($\bar{X}=3.43$). (Ver tabla 4b).

Por lo anterior se acepta la hipótesis 13 “Las creencias hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala son de tipo científico y religioso de acuerdo a su sexo.”

Tabla 4b

T DE STUDENT PARA LA VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA SEXO

	SEXO	MEDIA	t	gl	p
FACTOR 1. Creencias sobrenaturales. Origen de la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19	Mujer	1.74	83.225	598	.000
	Hombre	2.24			
FACTOR 2. Creencias seculares. Tratamientos alternativos hacia la enfermedad	Mujer	1.67	190.454	598	.000
	Hombre	2.43			
FACTOR 3. Creencias científicas. Difusión científica hacia la salud	Mujer	3.33	12.019	598	.025
	Hombre	3.50			
FACTOR 4. Creencias científicas. Origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19	Mujer	2.98	7.975	598	.000
	Hombre	3.88			
FACTOR 5. Coexistencia de la creencia científica y religiosa. Definición de salud y enfermedad	Mujer	2.12	19.600	598	.000
	Hombre	2.52			
FACTOR 6. Creencias científicas. Tecnología, ciencia y salud	Mujer	2.90	3.449	598	.000
	Hombre	2.43			
FACTOR 7. Creencia científica. Ciencia y salud	Mujer	4.40	28.004	598	.000
	Hombre	3.43			

Variable sociodemográfica estado civil. FACTOR 1. Creencias sobrenaturales. Origen de la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 ($t=0.65$, $gl=598$, $p<.000$) donde los profesionales de salud solteros creen que la salud es resultado de la misericordia de Dios, a la enfermedad como el pago del pecado divino o bien la falta de fe en Dios, así como creen que Dios ayudo a los encargados de crear la vacuna contra la COVID-19 como obra de su misericordia divina ($\bar{X}=2.06$), a diferencia del personal médico casado que no cree en lo anterior ($\bar{X}=1.73$).

En el **FACTOR 2. Creencias seculares. Tratamientos alternativos hacia la enfermedad** ($t=119.663$, $gl=598$, $p<.000$) los profesionales de salud que se encuentran casados creen que la limpia tradicional y la acupuntura deben usarse en lugar de los tratamientos médicos basados en la ciencia ($\bar{X}=2.31$), contrarios a ellos se encuentran los solteros que no creen que esta sea la mejor vía de sanación al organismo ante una enfermedad ($\bar{X}=1.76$).

Con respecto al **FACTOR 4. Creencias científicas. Origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19** ($t=40.196$, $gl=598$, $p<.000$), el personal de atención médica que se encuentra casada ($\bar{X}=3.77$) creen que el propósito de la vacuna contra la COVID-19 es la posible inmunización cuando se exponga directa o indirectamente al virus SARS CoV-2, así como creen que ha sido uno de los máximos avances tanto de ciencia, tecnología y medicina de la actualidad, a diferencia de los solteros que no creen en lo anterior ($\bar{X}=3.07$).

FACTOR 5. Coexistencia de la creencia científica y religiosa. Definición de salud y enfermedad ($t=54.635$, $gl=598$, $p<.000$), con una ($\bar{X}=2.81$) los profesionales de la salud casados creen que la enfermedad se debe a un debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo, al mismo tiempo que creen que estar sano se debe a estar en paz y armonía con Dios, contrarios a ellos se encuentran los solteros ($\bar{X}=1.95$).

Posteriormente se encuentra al **FACTOR 6. Creencias científicas. Tecnología, ciencia y salud** ($t=10.450$, $gl=598$, $p<.000$), donde los solteros creen que tecnología va de la mano con la ciencia en el tema de la salud ($\bar{X}=3.02$) para otorgar a los pacientes apps de consulta médica que les permite a los usuarios obtener información sobre su salud sin tener que salir de casa y de manera instantánea, mientras que los profesionales de la salud casados consideran que esto es una práctica peligrosa de información que se brinda a la sociedad, ya que existen apps con información poco fiable creando rumores y mitos relacionados a la salud poniendo en peligro a la sociedad ($\bar{X}=2.23$). (Ver tabla 4c).

Aceptando la hipótesis 14 “Las creencias hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala son de tipo científico y religioso de acuerdo a su estado civil.”

Tabla 4c

T DE STUDENT PARA LA VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA ESTADO CIVIL

	ESTADO CIVIL	MEDIA	T	gl	p
FACTOR 1. Creencias sobrenaturales. Origen de la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19	Casado (a)	1.73	.065	598	.000
	Soltero (a)	2.06			
FACTOR 2. Creencias seculares. Tratamientos alternativos hacia la enfermedad	Casado (a)	2.31	119.663	598	.000
	Soltero (a)	1.76			
FACTOR 3. Creencias científicas. Difusión científica hacia la salud	Casado (a)	3.36	.823	598	.506
	Soltero (a)	3.41			
FACTOR 4. Creencias científicas. Origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19	Casado (a)	3.77	40.196	598	.000
	Soltero (a)	3.07			
FACTOR 5. Coexistencia de la creencia científica y religiosa. Definición de salud y enfermedad	Casado (a)	2.81	54.635	598	.000
	Soltero (a)	1.95			
FACTOR 6. Creencias científicas. Tecnología, ciencia y salud	Casado (a)	2.23	10.450	598	.000
	Soltero (a)	3.02			
FACTOR 7. Creencia científica. Ciencia y salud	Casado (a)	4.05	10.132	598	.624
	Soltero (a)	4.01			

Variable sociodemográfica institución médica. **FACTOR 1. Creencias sobrenaturales. Origen de la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19** ($t=61.622$, $gl=598$, $p<.004$), los profesionales de la salud de instituciones privadas creen que la salud es una muestra de misericordia divina ante la humanidad, así como también creen que la enfermedad se debe a una condena divina desde los inicios de la humanidad como resultado de infringir la palabra de Dios, al igual creen que la creación de la vacuna contra la COVID-19 se dio a partir de conocimiento e inteligencia otorgada por Dios a los científicos ($\bar{X}=2.04$), a diferencia de los profesionales de la salud que laboran en instituciones públicas ($\bar{X}=1.83$).

En el **FACTOR 2. Creencias seculares. Tratamientos alternativos hacia la enfermedad** ($t=152.904$, $gl=598$, $p<.000$) se identifica que los profesionales de la salud de instituciones privadas

creen en que los tratamientos alternativos pueden ayudar a sanar al cuerpo humano desde una perspectiva científica y religiosa ($\bar{X}=2.24$) a diferencia de las instituciones públicas que creen todo lo contrario ($\bar{X}=1.69$).

Para el **FACTOR 3. Creencias científicas. Difusión científica hacia la salud** ($t=.360$, $gl=598$, $p<.000$) los profesionales de la salud que laboran en instituciones privadas ($\bar{X}=3.59$) creen que las páginas web y medios impresos como las revistas científicas con temática de salud, son la mejor estrategia de hacer difusión al público en general para la prevalencia y mejoramiento de conductas en tener una vida saludable a diferencia de los trabajan en instituciones públicas ($\bar{X}=3.20$).

FACTOR 4. Creencias científicas. Origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19 ($t=27.800$, $gl=598$, $p<.000$), se identifica que los profesionales de la salud que laboran en instituciones privadas creen que el único propósito de la vacuna contra la COVID-19 es crear anticuerpos ante el virus SARS-CoV-2 y disminuir el índice de mortalidad causado por el mismo, también creen que este es un avance histórico en la ciencia y medicina ($\bar{X}=3.59$), a diferencia de los profesionales de la salud que laboran en instituciones públicas que creen lo contrario ($\bar{X}=3.07$).

FACTOR 5. Coexistencia de la creencia científica y religiosa. Definición de salud y enfermedad ($t=4.751$, $gl=598$, $p<.004$), los profesionales de la salud que laboran en instituciones privadas creen que la salud se puede definir desde una perspectiva religiosa como un milagro divino, así como también consideran que la enfermedad puede ser consideraba bajo una perspectiva científica como parte de un desequilibrio orgánico del cuerpo humano ($\bar{X}=2.38$) contrarios a ellos se encuentran los profesionales de la salud que laboran en instituciones públicas quienes no consideran esto posible ($\bar{X}=2.18$).

FACTOR 7. Creencia científica. Ciencia y salud ($t=.127$, $gl=598$, $p<.040$) donde profesionales de la salud que laboran en instituciones públicas creen que la comunidad científica es la única que ayuda a la humanidad a resolver incógnitas sobre la salud, promoviendo el cuidado de la salud y retardar una enfermedad futura en el organismo ($\bar{X}=4.10$) a diferencia de los profesionales de la salud que laboran en instituciones privadas quienes no creen en esto ($\bar{X}=3.95$). (Ver tabla 4d).

Posteriormente se acepta la hipótesis:

6. Las creencias hacia las vacunas contra la COVID-19 son de tipo científico en el personal de atención médica de instituciones privadas del estado de Tlaxcala.

Y se rechazan las hipótesis:

1. Las creencias hacia la salud son de tipo religioso en el personal de atención médica de instituciones públicas del estado de Tlaxcala.
2. Las creencias hacia la enfermedad son de tipo religioso en el personal de atención médica de instituciones públicas del estado de Tlaxcala.
3. Las creencias hacia las vacunas contra la COVID-19 son de tipo religioso en el personal de atención médica de instituciones públicas del estado de Tlaxcala.
4. Las creencias hacia la salud son de tipo científico en el personal de atención médica de instituciones privadas del estado de Tlaxcala.
5. Las creencias hacia la enfermedad son de tipo científico en el personal de atención médica de instituciones privadas del estado de Tlaxcala.

Tabla 4d

T DE STUDENT PARA LA VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA INSTITUCIÓN MÉDICA

	INSTITUCIÓN MÉDICA	MEDIA	T	gl	p
FACTOR 1. Creencias sobrenaturales. Origen de la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19	Privada	2.04	61.622	598	.004
	Pública	1.83			
FACTOR 2. Creencias seculares. Tratamientos alternativos hacia la enfermedad	Privada	2.24	152.904	598	.000
	Pública	1.69			
FACTOR 3. Creencias científicas. Difusión científica hacia la salud	Privada	3.59	.360	598	.000
	Pública	3.20			
FACTOR 4. Creencias científicas. Origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19	Privada	3.59	27.800	598	.000
	Pública	3.07			
FACTOR 5. Coexistencia de la creencia científica y religiosa. Definición de salud y enfermedad	Privada	2.38	4.751	598	.004
	Pública	2.18			
FACTOR 6. Creencias científicas. Tecnología, ciencia y salud	Privada	2.65	9.492	598	.090
	Pública	2.79			

	Privada	3.95	.127	598	.040
FACTOR 7. Creencia científica. Ciencia y salud	Pública	4.10			

Variable sociodemográfica profesión. En el **FACTOR 1. Creencias sobrenaturales. origen de la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19** ($t= 10.222$, $gl=598$, $p<.000$), los enfermeros creen que Dios es quien otorgo la inteligencia y conocimiento a los científicos encargados de la vacuna contra la COVID-19, concediendo una cura a la humanidad como muestra de su misericordia y bondad divina ($\bar{X}=2.16$), mientras que los médicos, no consideran que la salud y la enfermedad dependan exclusivamente de Dios ($\bar{X}=1.68$).

FACTOR 2. Creencias seculares. Tratamientos alternativos hacia la enfermedad ($t=109.075$, $gl=598$, $p<.000$) quienes creen que para encontrar una sanación física y espiritual es necesario emplear tratamientos alternativos, son los médicos ($\bar{X}=2.11$) a diferencia de los enfermeros que no creen que los tratamientos alternativos tengan cabida en la sanación del cuerpo ante una enfermedad ni mucho menos considerarlas como terapias complementarias a la medicina ($\bar{X}=1.84$).

FACTOR 3. Creencias científicas. Difusión científica hacia la salud ($t=5.557$, $gl=598$, $p<.000$), los enfermeros creen que la difusión científica relacionada con la salud sea importante, también creen que a través de las páginas web o revistas científicas se pueda brindar información confiable y completa sobre el cuidado de la salud a la población en general ($\bar{X}=3.55$) a diferencia de los médicos que no consideran a esta como una estrategia para mantener al tanto a la población con respecto a su salud y sus cuidados ($\bar{X}=3.22$).

En el **FACTOR 4. Creencias científicas. Origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19** ($t=4.738$, $gl=598$, $p<.000$), se identifica que los médicos ($\bar{X}=3.53$) son los que creen que el origen de la vacuna contra la COVID-19 fue el resultado del arduo trabajo de la comunidad científica y médica, también creen que el objetivo de esta es, reducir el porcentaje de mortalidad y hospitalizaciones, a diferencia de los enfermeros con una $\bar{X}=3.16$.

Seguido del **FACTOR 5. Coexistencia de la creencia científica y religiosa. Definición de salud y enfermedad** ($t=78.429$, $gl=598$, $p<.000$), donde los médicos creen que es posible considerar a la salud como un milagro divino o estar en paz y armonía con Dios, al mismo tiempo que considerar a la enfermedad como el desbalance homeostático del cuerpo ($\bar{X}=2.47$), en cambio los enfermeros no consideran que esto sea posible ($\bar{X}=2.11$).

Finalmente, para el **FACTOR 7. Creencia científica. Ciencia y salud** ($t= 70.348$, $gl=598$, $p<.000$) los enfermeros tienden a creer que la salud se debe al mantenimiento homeostático del cuerpo humano, así como creer que la comunidad científica es la única que puede ayudar a resolver las incógnitas sobre la salud a partir de su conocimiento adquirido empíricamente y así crear medidas preventivas en la sociedad para evitar enfermedades futuras ($\bar{X}=4.30$) a diferencia de los médicos que no creen en lo anterior ($\bar{X}=3.71$). (Ver tabla 4e). Por ende, se acepta la hipótesis 15 “Las creencias hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala son de tipo científico y religioso de acuerdo a su profesión.”

Tabla 4e

T DE STUDENT PARA LA VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA PROFESIÓN

	PROFESIÓN	MEDIA	t	gl	p
FACTOR 1. Creencias sobrenaturales. Origen de la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19	Enfermero (a)	2.16	10.222	598	.000
	Médico	1.68			
FACTOR 2. Creencias seculares. Tratamientos alternativos hacia la enfermedad	Enfermero (a)	1.84	109.075	598	.000
	Médico	2.11			
FACTOR 3. Creencias científicas. Difusión científica hacia la salud	Enfermero (a)	3.55	5.557	598	.000
	Médico	3.22			
FACTOR 4. Creencias científicas. Origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19	Enfermero (a)	3.16	4.738	598	.000
	Médico	3.53			
FACTOR 5. Coexistencia de la creencia científica y religiosa. Definición de salud y enfermedad	Enfermero (a)	2.11	78.429	598	.000
	Médico	2.47			
FACTOR 6. Creencias científicas. Tecnología, ciencia y salud	Enfermero (a)	2.66	58.221	598	.150
	Médico	2.78			

FACTOR 7. Creencia científica. Ciencia y salud	Enfermero (a)	4.30	70.348	598	.000
	Médico	3.71			

Después de realizar la prueba t de Student en el instrumento CSEVC-19, se realiza ahora en el instrumento ASEVC-19 para identificar si existe una relación entre las variables sociodemográficas dicotómicas y los factores del instrumento, a continuación, se reporta de detalle cada una de estas correlaciones:

Variable sociodemográfica sexo. FACTOR 1. Actitudes desfavorables. Factores de riesgo y daños a la salud ($t = -11.367$, $gl=598$, $p < .000$) donde los hombres tienden a evitar los factores que perjudican instantánea o gradualmente al cuerpo humano, como el consumo de medicina herbolaria o remedios caseros ante cualquier tipo de malestar orgánico ($\bar{X}=2.52$) a diferencia de las mujeres que tienen a tener poner en riesgo su salud y la de sus pacientes con diagnóstico de enfermedades crónico degenerativas al exceptuarlos de las dosis necesarias de la vacuna contra la COVID-19 ($\bar{X}=1.80$).

FACTOR 2. Actitudes favorables. Hábitos para el cuidado de la salud ($t=10.006$, $gl=598$, $p < .000$) quienes tienden a tener hábitos y rutinas saludables son las mujeres ($\bar{X}=3.34$), ya que consumen tratamientos que ayudan a fortalecer los diferentes sistemas del cuerpo, así como acudir a citas médicas cuando su organismo padece algún tipo de enfermedad, a diferencia de los hombres ($\bar{X}=2.63$), que no tienen este tipo de hábitos para cuidar su salud.

FACTOR 3. Actitudes favorables. Estilo de vida saludable ($t=2.394$, $gl=598$, $p < .017$), las mujeres ($\bar{X}=3.75$) tienden consumir comida casera, usar vegetales orgánicos y acudir al médico como primera alternativa de consulta siguiendo estrictamente las instrucciones de sus tratamientos para reestablecer su salud, en comparación a los hombres ($\bar{X}=3.59$).

Respecto al **FACTOR 5. Actitudes favorables. Medidas sanitarias ante la enfermedad** ($t=4.812$, $gl=598$, $p < .000$), se identifica que las mujeres ($\bar{X}=3.27$) tienden a considerar la aplicación de la vacuna contra la COVID-19 con el objetivo de fortalecer al sistema inmune y disminuir la probabilidad de mortalidad al contraerlo, así como el uso de cuarentena en caso de enfermar gravemente evitando provocar un contagio masivo, a diferencia de las mujeres ($\bar{X}=2.96$). (Ver tabla 4f).

Aceptando la hipótesis 17 “Las actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala son favorables y desfavorables de acuerdo a su sexo.”

Tabla 4f

T DE STUDENT PARA LA VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA SEXO

	SEXO	MEDIA	t	gl	p
FACTOR 1. Actitudes desfavorables. Factores de riesgo y daños a la salud	Mujer	1.80	-11.367	598	.000
	Hombre	2.52			
FACTOR 2. Actitudes favorables. Hábitos para el cuidado de la salud	Mujer	3.34	10.006	598	.000
	Hombre	2.63			
FACTOR 3. Actitudes favorables. Estilo de vida saludable	Mujer	3.75	2.394	598	.017
	Hombre	3.59			
FACTOR 4. Actitudes favorables. Prevención de enfermedades	Mujer	3.28	.518	598	.605
	Hombre	3.25			
FACTOR 5. Actitudes favorables. Medidas sanitarias ante la enfermedad	Mujer	3.27	4.812	598	.000
	Hombre	2.96			

Variable sociodemográfica estado civil. **FACTOR 3. Actitudes favorables. Estilo de vida saludable** ($t=10.545$, $gl=598$, $p<.000$), los profesionales de la salud que se encuentran casados ($\bar{X}=4.08$) tienden a realizar acciones para tener un estilo de vida saludable como consumir alimentos caseros, acudir al médico como primera alternativa al enfrentar una enfermedad, así como recibir la vacuna contra la COVID-19 para laborar dentro de las instituciones médicas sin preocupaciones de contraer el virus SARS-CoV-2 a diferencia de los profesionales de la salud que se encuentran solteros ($\bar{X}=3.45$).

Seguido del **FACTOR 4. Actitudes favorables. Prevención de enfermedades** ($t=10.533$, $gl=598$, $p<.000$) donde los casados consideran que la vacuna contra la COVID-19 debe ser obligatoria para todos los profesionales de salud con el objetivo de resguardar la integridad vital de los médicos y

enfermeros (as) mientras, ya que están en constante exposición al consultar a pacientes contagiados por el virus ($\bar{X}=3.68$) en comparación de los solteros que no lo consideran así ($\bar{X}=3.02$).

Finalmente, para el **FACTOR 5. Actitudes favorables. Medidas sanitarias ante la enfermedad** ($t=8.820$, $gl=598$, $p<.000$) quienes tienden a tomar en cuenta las medidas sanitarias pertinentes para una enfermedad son los casados ($\bar{X}=3.48$) a diferencia de los solteros ($\bar{X}=2.95$) quienes no emplean cuarentena al contraer alguna enfermedad contagiosa como el SARS-CoV-2, así como evitar la aplicación de vacuna contra la COVID-19. (Ver tabla 4g).

Por lo anterior se acepta la hipótesis 18 “Las actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala son favorables y desfavorables de acuerdo a su estado civil.”

Tabla 4g

T DE STUDENT PARA LA VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA ESTADO CIVIL

	ESTADO CIVIL	MEDIA	T	gl	p
FACTOR 1. Actitudes desfavorables. Factores de riesgo y daños a la salud	Casado (a)	2.10	.426	598	.670
	Soltero (a)	2.07			
FACTOR 2. Actitudes favorables. Hábitos para el cuidado de la salud	Casado (a)	3.08	.427	598	.670
	Soltero (a)	3.05			
FACTOR 3. Actitudes favorables. Estilo de vida saludable	Casado (a)	4.08	10.545	598	.000
	Soltero (a)	3.45			
FACTOR 4. Actitudes favorables. Prevención de enfermedades	Casado (a)	3.68	10.533	598	.000
	Soltero (a)	3.02			
FACTOR 5. Actitudes favorables. Medidas sanitarias ante la enfermedad	Casado (a)	3.48	8.820	598	.000
	Soltero (a)	2.95			

Variable sociodemográfica institución médica. FACTOR 1. Actitudes desfavorables. Factores de riesgo y daños a la salud ($t=2.760$, $gl=598$, $p<.006$), los profesionales de la salud que laboran en

instituciones privadas tienden a consumir medicina herbolaria, remedios caseros o acudir a tratamientos alternativos como a sesiones de Reiki al presentar síntomas de cualquier enfermedad como primera vía de sanación, así como excluir de la vacunación contra el COVID-19 a pacientes con diagnóstico de alguna enfermedad crónico degenerativa ($\bar{X}=2.17$) a diferencia de los profesionales de la salud que laboran en instituciones públicas ($\bar{X}=1.98$).

Continuando con el **FACTOR 2. Actitudes favorables. Hábitos para el cuidado de la salud** ($t=-3.664$, $gl=598$, $p<.000$) los profesionales de la salud que laboran en instituciones públicas tienden a tener hábitos saludables para el cuidado de su salud, consumiendo tratamientos que ayudan a fortalecer sus sistemas ósea y sanguíneo, así como acudir a diferentes especialistas cuando llegan a contraer enfermedades graves y así tener tratamiento para recuperarse gradualmente ($\bar{X}=3.20$) mientras que los profesionales de la salud que laboran en instituciones privadas no toman en cuenta este tipo de hábitos para el cuidado de su salud ($\bar{X}=2.93$).

FACTOR 3. Actitudes favorables. Estilo de vida saludable ($t=2.662$, $gl=598$, $p<.008$), los profesionales de la salud que laboran en instituciones privadas ($\bar{X}=3.77$) tienden a llevar un estilo de vida saludable a diferencia a los profesionales que laboran en instituciones públicas ($\bar{X}=3.61$), ya que ellos no consumen comida casera o verduras orgánicas, así como se limitan a recibir la vacuna contra la COVID-19 para trabajar sin preocupaciones durante su jornada laboral.

FACTOR 4. Actitudes favorables. Prevención de enfermedades ($t=5.378$, $gl=598$, $p<.000$) con relación a seguir las estrategias en las instituciones médicas los profesionales del sector salud público evita la aplicación obligatoria la vacuna contra la COVID-19 en médicos y enfermeros (as) que laboran dentro de estas instituciones, así como tampoco mantienen su cuerpo hidratado o se alimentan dentro de las instituciones con una dieta balanceada y orgánica ($\bar{X}=3.09$), a diferencia de los profesionales que laboran en el sector salud privado ($\bar{X}=3.45$).

Por último, el **FACTOR 5. Actitudes favorables. Medidas sanitarias ante la enfermedad** ($t=-4.177$, $gl=598$, $p<.000$) donde se identifica que los profesionales que labora en el sector público ($\bar{X}=3.28$) tienden a emplear las medidas sanitarias y aceptan la aplicación de la vacuna contra la COVID-19, también ejecutan las medidas sanitarias como el distanciamiento social al contraer enfermedades virales, a diferencia de los profesionales del sector privado ($\bar{X}=3.02$). (Ver tabla 4h).

Como resultado se rechazan las hipótesis:

7. Las actitudes hacia la salud son desfavorables en el personal de atención médica de instituciones públicas del estado de Tlaxcala.
8. Las actitudes hacia la enfermedad son desfavorables en el personal de atención médica de instituciones públicas del estado de Tlaxcala.
9. Las actitudes hacia las vacunas contra la COVID-19 son desfavorables en el personal de atención médica de instituciones públicas del estado de Tlaxcala.
10. Las actitudes hacia la salud son favorables en el personal de atención médica de instituciones privadas del estado de Tlaxcala.
11. Las actitudes hacia la enfermedad son favorables en el personal de atención médica de instituciones privadas del estado de Tlaxcala.
12. Las actitudes hacia las vacunas contra la COVID-19 son favorables en el personal de atención médica de instituciones privadas del estado de Tlaxcala.

Tabla 4h

T DE STUDENT PARA LA VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA INSTITUCIÓN MÉDICA

	INSTITUCIÓN MÉDICA	MEDIA	T	gl	p
FACTOR 1. Actitudes desfavorables. Factores de riesgo y daños a la salud	Privada	2.17	2.760	598	.006
	Pública	1.98			
FACTOR 2. Actitudes favorables. Hábitos para el cuidado de la salud	Privada	2.93	-3.664	598	.000
	Pública	3.20			
FACTOR 3. Actitudes favorables. Estilo de vida saludable	Privada	3.77	2.662	598	.008
	Pública	3.61			
FACTOR 4. Actitudes favorables. Prevención de enfermedades	Privada	3.45	5.378	598	.000
	Pública	3.09			
FACTOR 5. Actitudes favorables. Medidas sanitarias ante la enfermedad	Privada	3.02	-4.177	598	.000
	Pública	3.28			

Variable sociodemográfica profesión. **FACTOR 1. Actitudes desfavorables. Factores de riesgo y daños a la salud** ($t=4.402$, $gl=598$, $p<.000$) donde los enfermeros (as) tienden a pensar que la vacuna contra el COVID-19 tiene efectos secundarios que perjudican a la salud de sus pacientes con diagnóstico de enfermedades crónico degenerativas por tanto se limitan a vacunarlas, también suelen aprobar los tratamientos de medicina herbolaria y remedios caseros cuando se presenta una enfermedad en el cuerpo humano ($\bar{X}=2.22$) a diferencia de los médicos ($\bar{X}=1.92$).

Continuando con el **FACTOR 2. Actitudes favorables. Hábitos para el cuidado de la salud** ($t=3.625$, $gl=598$, $p<.000$), donde los enfermeros (as) consumen tratamientos sin receta como el ácido fólico y hierro para fortalecer su cuerpo de enfermedades futuras, también acuden a diferentes especialistas cuando presentan síntomas de una enfermedad compleja ($\bar{X}=3.19$) a diferencia de los médicos ($\bar{X}=2.92$).

FACTOR 3. Actitudes favorables. Estilo de vida saludable ($t=-2.386$, $gl=598$, $p<.017$), quienes tienden a tener un estilo de vida saludable son los médicos ($\bar{X}=3.77$), ya que acuden a citas médicas programadas para conocer su estado de salud llevando un control de la mismas, así como seguir las instrucciones del médico ante un tratamiento clínico al enfrentar una enfermedad, a diferencia de los enfermeros ($\bar{X}=3.62$).

Posteriormente en el **FACTOR 4. Actitudes favorables. Prevención de enfermedades** ($t=4.195$, $gl=598$, $p<.000$), los enfermeros tienden a llevar a cabo las medidas de prevención a enfermedades como acatar las estrategias que las instituciones médicas emplean entre sus profesionales de la salud, como hacer de manera obligatoria el recibir la vacuna contra la COVID-19 para mantener a salvo la integridad física y orgánica de sus médicos y enfermeros (as) ($\bar{X}=3.40$), en comparación de los médicos ($\bar{X}=3.12$), que no aplican de la misma manera las medidas preventivas para el cuidado de la salud ante una enfermedad.

Concluyendo con el **FACTOR 5. Actitudes favorables. Medidas sanitarias ante la enfermedad** ($t=-4.703$, $gl=598$, $p<.000$) donde quienes tienden a presentar actitudes favorables ante las medidas preventivas ante la enfermedad son los médicos, ya que a diferencia del factor anterior, ellos consideran que es importante aplicar cuarentena en espacios de poca exposición tras contraer una enfermedad contagiosa y mantener una sana distancia evitando el contacto con personas de enfermedades virales tales como el resfriado o la gripe de esta manera evitar el contagio masivo entre la población ($\bar{X}=3.30$) a diferencia de los enfermeros ($\bar{X}=3.01$). (Ver tabla 4i).

Se acepta la hipótesis 19 “Las actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala son favorables y desfavorables de acuerdo a su profesión.”

Tabla 4i

T DE STUDENT PARA LA VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA PROFESIÓN

	PROFESIÓN	MEDIA	t	gl	p
FACTOR 1. Actitudes desfavorables. Factores de riesgo y daños a la salud	Enfermero (a)	2.22	4.402	598	.000
	Médico	1.92			
FACTOR 2. Actitudes favorables. Hábitos para el cuidado de la salud	Enfermero (a)	3.19	3.625	598	.000
	Médico	2.92			
FACTOR 3. Actitudes favorables. Estilo de vida saludable	Enfermero (a)	3.62	-2.386	598	.017
	Médico	3.77			
FACTOR 4. Actitudes favorables. Prevención de enfermedades	Enfermero (a)	3.40	4.195	598	.000
	Médico	3.12			
FACTOR 5. Actitudes favorables. Medidas sanitarias ante la enfermedad	Enfermero (a)	3.01	-4.703	598	.000
	Médico	3.30			

6. Análisis de varianza (ANOVA)

Tras realizar la prueba t de Student entre las variables dicotómicas de las variables sociodemográficas entre los factores de los instrumentos CSEVC-19 y ASEVC-19, se realiza a continuación el análisis de varianza (ANOVA) de un factor siendo este un método estadístico para examinar las diferencias en las medias de tres o más grupos que permite, comparar los valores medios que toma la variable dependiente en ciertas poblaciones en las que los niveles de factores son distintos, con la finalidad de determinar si existen diferencias significativas de acuerdo a dichos niveles o si, por el contrario, la respuesta en cada población es independiente de los niveles de factores (Ordán et al., 2010).

Se realiza el análisis de la varianza para comparar el valor medio de la variable edad de acuerdo a los factores del instrumento CSEVC-19.

Variable sociodemográfica edad. **FACTOR 1. Creencias sobrenaturales. Origen de la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19** ($f=34.576$, $gl=2$, $p<.000$), los profesionales de salud con una edad entre 40-49 tienden a creer que Dios es el encargado de dar salud a los humanos como una protección divina y castigar con enfermedades cuando uno de ellos comete una violación a su palabra, así como creen que gracias a Dios la creación de las vacunas contra la COVID-19 puede ser posible ($\bar{X}=2.30$) a diferencia de los que tienen una edad entre 30 a 39 años ($\bar{X}=1.66$).

Seguido del **FACTOR 2. Creencias seculares. Tratamientos alternativos hacia la enfermedad** ($f=107.115$, $gl=2$, $p<.000$), donde los profesionales de una edad entre 50 años en adelante ($\bar{X}=2.75$) tienden a creer que la limpia tradicional o la acupuntura son tratamientos que ayudan a mejorar la salud de sus pacientes cuando éstos presentan alguna enfermedad, a diferencia de los que tienen de 30 a 39 años ($\bar{X}=1.61$)

FACTOR 3. Creencias Científicas. Difusión científica hacia la salud ($f=81.626$, $gl=2$, $p<.000$), quienes tienen creencias científicas hacia la difusión sobre la salud son el personal médico con una edad de entre 30-39 años ($\bar{X}=3.81$), puesto que creen que la comunidad científica es la única que puede proveer de conocimientos relacionados hacia la salud y con la ayuda de sus diversas plataformas digitales pueden otorgar información confiable a la sociedad a diferencia de los que tienen una edad de 40 a 49 años que no lo creen ($\bar{X}=2.94$).

De acuerdo al **FACTOR 4. Creencias científicas. Origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19** ($f=32.244$, $gl=2$, $p<.000$), los profesionales con una edad de 50 en adelante creen que la vacuna contra la COVID-19 es el máximo avance del siglo XXI ($\bar{X}=3.91$), creando anticuerpos en el sistema humano para disminuir su impacto al estar en exposición directa con el virus y facilitar la recuperación orgánica en caso de contagiarse, a comparación de los que tienen entre 40 a 49 años quienes no creen que en lo anterior ($\bar{X}=3.13$).

FACTOR 5. Coexistencia de la creencia científica y religiosa. Definición de salud y enfermedad ($f=32.244$, $gl=2$, $p<.000$), los profesionales de 50 años en adelante ($\bar{X}=2.80$) tienen creencias científicas y religiosas ante el origen y conceptualización de la salud y enfermedad, considerando que la salud se debe a estar en paz y armonía con Dios y la enfermedad como el deterioro

exclusivo de organismo humano, a diferencia de los que tienen 30 a 39 años que no creen esto posible ($\bar{X}=2.80$).

Respecto al **FACTOR 6. Creencias científicas. Tecnología, ciencia y salud** ($f=6.566$, $gl=2$, $p<.002$), los profesionales de 30 a 39 años de edad ($\bar{X}=2.81$) creen que la tecnología al trabajar con la ciencia en temas de la salud, han creado grandes avances para la población, brindándoles plataformas de consulta médica, ayudándoles a los usuarios a llevar el control de su salud, a diferencia de 50 años en adelante ($\bar{X}=2.44$).

Finalmente, para el **FACTOR 7. Creencia científica. Ciencia y salud** ($f=217.069$, $gl=2$, $p<.000$) los profesionales de la salud de 40 a 49 años ($\bar{X}=4.54$) tienden a creer que la comunidad científica ayuda a la humanidad a resolver incógnitas sobre la salud, creando estrategias que le permitan a la sociedad emplear las medidas de preventivas de manera correcta para el cuidado de su salud y retardar una enfermedad futura en el organismo, mientras que los profesionales de 50 años en adelante ($\bar{X}=2.98$) no lo creen desde esa perspectiva (Ver tabla 6a).

Aceptando la hipótesis 16 “Las creencias hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala son de tipo científico y religioso de acuerdo a su edad.”

Tabla 6a

ANOVA PARA LA VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA EDAD

	EDAD	MEDIA	gl	f	p
FACTOR 1. Creencias sobrenaturales. Origen de la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19	30-39	1.66	2	34.576	.000
	40-49	2.30			
	50-Adelante	1.87			
FACTOR 2. Creencias seculares. Tratamientos alternativos hacia la enfermedad	30-39	1.61	2	107.115	.000
	40-49	1.88			
	50-Adelante	2.75			
	30-39	3.87	2	81.626	.000

FACTOR 3. Creencias científicas. Difusión científica hacia la salud	40-49	2.94			
	50-Adelante	3.21			
FACTOR 4. Creencias científicas. Origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19	30-39	3.20	2	32.244	.000
	40-49	3.13			
	50-Adelante	3.91			
FACTOR 5. Coexistencia de la creencia científica y religiosa. Definición de salud y enfermedad	30-39	2.21	2	32.244	.000
	40-49	2.03			
	50-Adelante	2.80			
FACTOR 6. Creencias científicas. Tecnología, ciencia y salud	30-39	2.81	2	6.566	.002
	40-49	2.79			
	50-Adelante	2.44			
FACTOR 7. Creencia científica. Ciencia y salud	30-39	4.16	2	217.069	.000
	40-49	4.54			
	50-Adelante	2.98			

Así mismo se realizó el análisis de ANOVA de un solo factor para el instrumento ASEVC-19 con la variable edad al ser tipo politómica entre sus rangos de agrupación, a continuación, se presenta a detalle las correlaciones encontradas con los factores del instrumento:

Variable sociodemográfica edad **FACTOR 1. Actitudes desfavorables. Factores de riesgo y daños a la salud** ($f=81.920$, $gl=2$, $p<.000$), los profesionales de la salud 50 años en adelante ($\bar{X}=2.54$) tienden a consumir medicina herbolaria y practicar sesiones de Reiki como alternativas de sanación al contraer una enfermedad grave, así como pensar que el sedentarismo sea una técnica de cuidado al sistema muscular y óseo, también se abstienen a aplicar la vacuna contra la COVID-19 a causa de sus efectos secundarios en los pacientes, a diferencia de los que tienen de 30 a 39 años quienes no presentan este tipo de actitudes que ponen en riesgo su salud ($\bar{X}=3.22$).

Seguido del **FACTOR 2. Actitudes favorables. Hábitos para el cuidado de la salud** ($f=28.466$, $gl=2$, $p<.000$) quienes tienden a consumir tratamientos sin receta como el ácido fólico y hierro para fortalecer los sistemas de su cuerpo son los profesionales con una edad de entre 30 a 39 ($\bar{X}=3.22$), también

acuden a diferentes especialistas para tratar enfermedades específicas o graves, a diferencia de los profesionales de la salud que tienen 50 años en adelante ($\bar{X}=2.57$).

Continuando con el **FACTOR 3. Actitudes favorables. Estilo de vida saludable** ($f=97.245$, $gl=2$, $p<.000$) donde se identifica que los profesionales de la salud que tienen entre 30 a 39 años de edad tienen a consumir comida casera, vegetales orgánicos, respetar los horarios establecidos por un médico ante un tratamiento para combatir una enfermedad, así como aceptar la vacuna contra la COVID-19 teniendo en cuenta sus beneficios al cuerpo ($\bar{X}=4.09$) a diferencia de los que presentan un rango de edad de 40-49 años ($\bar{X}=3.22$).

FACTOR 4. Actitudes favorables. Prevención de enfermedades ($f=23.513$, $gl=2$, $p<.000$), el personal de salud médica con una edad de 50 en adelante, en contexto de pandemia por SARS-CoV-2, aceptan y aplican las estrategias sanitarias establecidas por las instituciones médicas donde se encuentran laborando, así como también respetan los protocolos de prevención de enfermedades ($\bar{X}=3.54$) a diferencia de los que tienen una edad entre 40 a 49 años ($\bar{X}=2.98$).

Concluyendo con el **FACTOR 5. Actitudes favorables. Medidas sanitarias ante la enfermedad** ($f=10.539$, $gl=2$, $p<.000$) donde los profesionales de la salud con una edad de 30 a 39 años emplean la cuarentena cuando se presenta una enfermedad contagiosa, también como consecuencia de la pandemia actual, realizan la aplicación de la vacuna contra el COVID-19 en sus pacientes para evitar el contagio masivo de esta enfermedad, así como seguir los protocolos de sanidad ($\bar{X}=3.30$) a diferencia de los que tienen e 50 años en adelante quienes no ponen en práctica estas medidas preventivas ante una enfermedad ($\bar{X}=2.94$). (Ver tabla 6b).

De tal manera que se acepta la hipótesis 20 “Las actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala son favorables y desfavorables de acuerdo a su edad.”

Tabla 6b

ANOVA PARA LA VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA EDAD

EDAD	MEDIA	gl	f	p
30-39	1.63			

FACTOR 1. Actitudes desfavorables. Factores de riesgo y daños a la salud	40-49	2.30	2	81.920	.000
	50-Adelante	2.54			
FACTOR 2. Actitudes favorables. Hábitos para el cuidado de la salud	30-39	3.22			
	40-49	3.19	2	28.466	.000
	50-Adelante	2.57			
FACTOR 3. Actitudes favorables. Estilo de vida saludable	30-39	4.09			
	40-49	3.22	2	97.245	.000
	50-Adelante	3.68			
FACTOR 4. Actitudes favorables. Prevención de enfermedades	30-39	3.36			
	40-49	2.98	2	23.513	.000
	50-Adelante	3.54			
FACTOR 5. Actitudes favorables. Medidas sanitarias ante la enfermedad	30-39	3.30			
	40-49	3.11	2	10.539	.000
	50-Adelante	2.94			

APARTADO IV.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN

Actualmente la humanidad se encuentra en un contexto inesperado de pandemia por SARS-Cov-2, la cual ha puesto una nueva normativa social, con protocolos de prevención de enfermedades y a pesar de que la salud-enfermedad son temas que concierne a la humanidad, de pronto, dejaron de ser desapercibidos para después cobrar una gran importancia en la sociedad mundial dentro de su día a día. Para la mayoría de las personas, pensar en la salud y su cuidado es un tema muy personal. Sin embargo, asegurar la salud de la población va más allá de centrarse en el estado de salud de las personas; requiere un enfoque de salud de la población.

El objetivo principal de esta investigación fue conocer cuáles son las creencias y actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala, así como, conocer si existe relación entre ellas.

Se conoce que las creencias se presentan de diferentes formas y en pie de igualdad con otros sistemas cognitivos, el cual es un sistema para explicar e interpretar diferentes fenómenos alrededor de las personas (Quintana, 2001), mientras que por su parte, las actitudes según Fishbein y Ajzen (1975) representan el sentimiento general favorable o desfavorable de una persona hacia algún objeto de estímulo, considerando que cuando una persona forma creencias sobre un objeto, automáticamente y simultáneamente adquiere una actitud hacia ese objeto.

Por otro lado, la pandemia ha creado nuevas perspectivas para el estudio de las creencias y actitudes hacia los temas de salud y enfermedad, así como a las vacunas contra la COVID-19, considerando que dentro de los resultados de esta investigación se encontró el tipo de creencias y actitudes presentes en los profesionales de salud y la estrecha relación entre ellas con respecto a los temas antes mencionados.

Tras realizar los análisis estadísticos, la presencia de creencias científicas, religiosas y seculares hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 estuvieron presentes en el personal de atención médica, las creencias científicas forman parte de la primera categoría “creencia natural-material” de Pepitone (1991), de acuerdo con Silva et al (2015) en su artículo “Medición de las creencias científicas, epistemológicas y religiosas presentes en científicos de la UNAM” menciona que las creencias científicas “tienen como base juicios y evaluaciones que se hacen sobre la ciencia como producto y la ciencia como proceso” (p.19). Desde esta perspectiva las creencias científicas hacia la salud, enfermedad corresponden a la ciencia como producto, ya que el personal de atención medica conceptualiza a la salud como el mantenimiento homeostático del organismo humano, esto a través de la información que han adquirido

de las diferentes vías de comunicación como libros o por parte de la difusión del conocimiento de la comunidad científica, incluso de obtienen información desde organizaciones como lo es la OMS (2020), la cual define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Mientras que la enfermedad es definida por la OMS, (1949) como “un cambio o desviación en el estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, manifestado como síntomas y signos característicos, y su evolución es más o menos predecible "(p.2).

Mientras que las creencias religiosas se distinguen por incluir entre sus elementos a objetos y lugares sagradas, deidades y leyes divinas Pepitone (1991), es decir, abarca la existencia de un Dios que tiene poder sobre la humanidad y da explicación de la existencia del mismo y de su alrededor. González (2004) en su publicación “Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad”, aborda los temas de salud y enfermedad desde una visión religiosa y como esta se involucra en la práctica profesional de los trabajadores de la salud con base a sus creencias, estableciendo que la importancia de la religión en la enfermedad para una gran parte de la población, que los profesionales de la salud deben abordar este tema tanto como cualquier otra persona, así como deben respetar la espiritualidad ya que forma parte de sus valores, creencias y prácticas culturales y puede ser una estrategia eficaz para el enfrentamiento de la enfermedad; concluyendo que los profesionales de la salud también tienden a tener creencias religiosas con respecto a la salud y enfermedad, ejerciendo las funciones de promoción y prevención de la salud.

Conforme a las vacunas contra el COVID-19 se refiere, el proceso de su desarrollo y cuestiones éticas ante su aplicación por parte de la población medica se muestra en gran amplitud desde una perspectiva científica, Zonenszain (2021) en su publicación “Las vacunas contra el Covid-19: dos dilemas éticos a considerar”, argumenta que las vacunas tienen el propósito de controlar la pandemia por COVID-19, obtenida a través de diferentes etapas de investigación y desarrollo del virus en laboratorios. También resalta:

“Para que el público confíe en que las vacunas contra el Covid-19 que se están desarrollando serán realmente seguras y efectivas, debe existir un proceso de vigilancia extremo, que se ajuste a los estándares éticos y científicos más elevados a nivel mundial”.

Es decir, los científicos encargados de su creación tienen que trabajar bajo protocolos estrictos para que la aplicación dentro de la población sea segura y eficaz. Referente a la ética ante la práctica profesional del sector salud, los aplicadores deben tener en cuenta que las vacunas son seguras, de calidad, efectivas y accesibles, abarcando a la población en general. Sin embargo, dentro de la práctica

médica, se pudo identificar una correlación significativa de .296 **, con intensidad *baja* y una dirección positiva entre el FACTOR 4. Creencia científica. “Origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19” y el FACTOR 1. Actitudes desfavorables. “Factores de riesgo y daños a la salud”, donde los profesionales de la salud tiende a tener una actitud negativa ante la aplicación de la vacuna contra la COVID-19 en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas o bien limitarse a vacunar con cierto tipo de vacunas por efectos secundarios presentados en pacientes vacunados con AstraZeneca y Sinovac, respecto a esto el Gobierno de España (2022), en su portal de información sobre la estrategia de vacunación contra la COVID-19, titulado “¿Cuáles son las contraindicaciones de la vacuna contra el COVID-19?”, anexa fichas técnicas sobre las características e información elemental de las vacunas, comenzando por AstraZeneca, resaltando entre sus indicaciones terapéuticas su aplicación es exclusiva a personas mayores de 18 años de edad en adelante, evitando la población pediátrica, ya que no se ha establecido la seguridad y eficacia de esta vacuna dentro de esta población, mientras que en el apartado de las contraindicaciones expone la Hipersensibilidad y evitar la segunda aplicación a Individuos que hayan experimentado un síndrome de trombosis con trombocitopenia (STT) y Personas que han experimentado previamente episodios de síndrome de fuga capilar tras la vacunación con AstraZeneca, por otro lado en el análisis de datos combinados de COV002 y COV003 para valorar la eficacia clínica excluyeron a participantes con enfermedades “cardiovasculares, gastrointestinales, hepáticas, renales, endocrinas/metabólicas y neurológicas graves y/o no controladas, así como a aquellos con inmunosupresión grave, mujeres embarazadas y participantes con antecedentes de infección por SARS-CoV-2.”

Para la vacuna Sinovac, el Gobierno de México en el 2021 publicó “Guía técnica para la aplicación de la vacuna Sinovac contra el virus SARS-COV-2”, donde se menciona la eficacia del 91.25 %, dentro de las contraindicaciones absolutas se encuentran las personas que recientemente hayan presentado COVID-19 y aun no se hayan recuperado, personas con antecedente de alergia grave, menores de 18 años, embarazadas y Personas que viven con inmunosupresión.

Conforme a la información anterior se da explicación esta correlación presente en el personal médico público y privado ante cierto tipo de vacunas contra la COVID-19 a pesar de tener información científica que avala al origen y propósito de las mismas, al mismo tiempo que valoran los efectos colaterales en el organismo humano, resguardando la integridad de sus pacientes como parte de su ética profesional, de esta manera se explica teóricamente bajo la postura de Allport (1935), quien expone que la actitud en una persona explica el comportamiento que usa un individuo para hacer algo, es decir, le da

sentido a su forma de vida orientada hacia sus creencias, las cuales forman parte de las creencias informativas como lo plantea Fishbein y Ajzen (1975), las cuales, provienen de información del exterior como otras personas, internet u otros canales de información, del entorno, de las vivencias y experiencias particulares entre otras, considerando que las creencias se originan a partir de la experiencia, la observación directa o la información, a veces inferida de otras creencias; de tal modo abarca completamente el comportamiento junto con la actitud de los profesionales de la salud, puesto que ellos responden y organizan su estado mental con forme a su percepción, experiencia y conocimiento, de esta manera crean una consistencia en la respuesta negativa ante la aplicación de las vacunas contra la COVID-19 en sus pacientes.

Aunado a este análisis, la correlación entre el FACTOR 4. Creencia científica. “Origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19” y el FACTOR 1. Actitudes desfavorables. “Factores de riesgo y daños a la salud”, puede explicarse a través de la Teoría de Acción Razonada (TAR) de Fishbein y Ajzen, (1975), ya que, a pesar de que los profesionales de la salud piensen que las vacuna tienen el propósito de resguardar la integridad y salud del ser humano, basadas en el conocimiento científico de sus creadores asegurando un porcentaje alto de seguridad y eficacia para su aplicación en los pobladores de la sociedad, al valorar la intención conductual del personal médico, dicha intención tiene tintes personales, donde evalúan de manera negativa la aplicación de las vacunas contra la COVID-19 en pacientes con diagnóstico de enfermedades degenerativas y pacientes con efectos secundarios en su organismo después de la aplicación, dando como resultado una actitud negativa antes esta vacuna, si bien, el factor personal no es el único identificado, el factor social, también juega un papel importante, puesto que las normas subjetivas como figura médica lleva a cabo la aplicación de las vacunas a pesar de lo que evalúe intrínsecamente sobre ellas, puesto que la presión social sobre su práctica médica y las atribuciones sobre su conducta al pertenecer al sector médico, lleva a los profesionales de la salud a tener un comportamiento determinado por la sociedad y por el contexto donde está laborando, a pesar de que sus actitudes no sean congruentes con sus creencias ante la aplicación de las vacunas contra la COVID-19.

Ahora bien, cuando se presenta en la muestra la correlación entre dos actitudes positivas como en el FACTOR 4. Actitudes favorables. Prevención de enfermedades y el FACTOR 5. Actitudes favorables. Medidas sanitarias ante la enfermedad y una actitud negativa como el FACTOR 1. Actitudes desfavorables. Factores de riesgo y daños a la salud, genera un desequilibrio psicológico o disonancia cognitiva, esto de acuerdo a la teoría del equilibrio de Heider (1958), donde los profesionales de la salud

al tratar de equilibrarse generan cambios en sus acciones o una restauración cognitiva, con el fin de resolver este dilema personal ante la evaluación con respecto a los efectos secundarios y contraindicaciones entre sus pacientes tras la aplicación de las vacunas contra la COVID-19, es decir, al ser una figura de confianza ante sus pacientes el hecho de no llevar a cabo la estrategia de vacunación conforme fue indicada dudando sobre la efectividad y eficacia de las vacunas creadas a través del conocimiento científico, puede generar entre sus pacientes una actitud negativa para recibir las dosis necesarias, por lo tanto los profesionales de la salud tienden a cambiar esta actitud a una positiva a pesar de su postura o evaluación de estas vacunas y pueda haber una concordancia entre sus acciones positivas del cuidado de la salud a través de las medidas preventivas y sanitarias de su vida diaria con su práctica profesional.

Ante este cambio de actitud entre el personal médico se concibe como un proceso de remodelación cognoscitiva, haciéndolos racionales, ya que al estar en un desequilibrio psicológico buscan la manera de restablecer su equilibrio, donde surge la necesidad de explicar y dar sentido a los sucesos que afectan su pensamiento y comportamiento, de esta manera el cambio de actitud ante los factores que ponen en riesgo su integridad física y mental tanto individual como la de sus pacientes los enfrenta a resolver este dilema o problemática, aceptando que el propósito de su posición negativa no siempre es tan factible en su práctica médica, ya que a menudo el individuo procura lograr una congruencia dentro de sí mismo bajo sus creencias y actitudes sobre ciertas situaciones, objetos o personas.

Respecto a la correlación negativa de $-.223^{**}$ entre el FACTOR 7. Creencia científica. “Ciencia y salud” con el FACTOR 1. Creencias sobrenaturales. “Origen de la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19” y el FACTOR 5. Coexistencia de la creencia científica y religiosa. “Definición de salud y enfermedad” de dirección negativa con un valor de $-.336^{**}$; es decir, cuando hay una creencia científica no hay cabida alguna para otra diferente como las creencias sobrenaturales o religiosas, bajo esta perspectiva los profesionales de la salud son consistentes ante sus creencias, de acuerdo a la Teoría de la consistencia de Festinger (1957), donde la congruencia y las creencias interactúan cognoscitivamente, puesto que el sistema de creencias de los profesionales de la salud fue adquirido por aprendizaje, es decir, tienen bases científicas en su formación académica, por ello cuando reciben estímulos contrarios a sus creencias en este caso la existencia de Dios para dar la explicación a la salud y enfermedad en los seres humanos no es congruente con su postura científica o bien el hecho de considerar que algún poder sobrenatural otorgo la inteligencia a los científicos encargados de la vacuna

contra la COVID-19 para la creación de la misma, descartando los años de estudio, experimentación, avances científicos y los conocimientos empíricos de los creadores, determinando un resultado contradictorio, de esta manera el personal de salud, activa dos tipos de comparaciones, la primera es que tan relevante es la información obtenida siendo contraria a su postura y la segunda es comparar la importancia entre la postura científica y religiosa, de esta manera se compara entonces la mutua importancia y en función del marco previo de referencia deciden cual es más factible, obviamente se inclinan hacia sus bases de información inicial, creando así un peso más en la relevancia e importancia que tienen las creencias científicas que explican el origen de la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 así como el propósito de la misma.

Sin embargo, también se encuentra una correlación entre el FACTOR 1. Creencias sobrenaturales. “Origen de la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19” y el FACTOR 4. Creencia científica. “Origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19” con una correlación estadísticamente significativa de .144** de intensidad *muy baja*, con dirección positiva. La presencia de las creencias científicas y religiosas en el personal de salud se puede justificar con la teoría de la disonancia cognitiva de Festinger (1957), donde básicamente se explica la inconsistencia psicológica derivada de una acción, en esta situación de disonancia y consonancia en los profesionales de la salud son relacionables, debido a que surge una relación en particular denominada cognición, es decir la manera en que los médicos y enfermeras perciben información sobre sí mismos, sobre su conducta y su entorno; en otras palabras es la manera en la que reflejan su realidad. Si bien las creencias sobrenaturales y científicas tienen una relación disonante y se consideran de manera aislada, también hay que tomar en cuenta el contexto donde se está desarrollando la conducta, en este caso se ubican en instituciones médicas tanto públicas como privadas, si bien este contexto implica normativas de práctica médica. Es decir, el esquema de creencias del personal médico sobre el origen de la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 se define a través de su conocimiento adquirido de forma empírica y teórica, así como experiencias de vida, dando como resultado contemplar vías de explicación a fenómenos presentes en la humanidad, a pesar de que puedan llegar a creen en la existencia de una deidad y poderes sobrenaturales, así también pueden creer en la evidencia científica, sin embargo al no ser congruente es necesario inclinarse hacia una postura dependiendo de cierto contexto, en este caso, al laborar en instituciones médicas que basan sus procedimientos médicos bajo la visión científica, los profesionales de la salud ante su práctica médica tiene que actuar bajo una postura científica, sin embargo no siempre es así, pues la fe y esperanza en esta muestra contraponen su postura científica, considerando que Pepitone (1991) se refiere que las creencias denotan una función emocional, es decir los profesionales de la salud se encuentran dentro de una

implicación psicológica guiada en una lógica de sentimientos y percepciones intrínsecas, justificando de esta manera sus pensamientos de coexistencia entre la ciencia y religión, ya que la incertidumbre de afrontarse a problemáticas sin respuesta tienden a crear una necesidad de encontrar diferentes vías de sanación al cuerpo humano tanto espiritual como corporal.

Bajo este sentido, Duque et al. (2014) expone la formación academia de la medicina con bases científicas y por otro lado bases religiosas en su publicación “La ciencia médica versus creencia en dios: La conservación del mito”, dando como explicación del origen de la enfermedad al principio de los tiempos gracias a la naturaleza excluyendo las fuerzas sobrenaturales, sin embargo, con el paso del tiempo no bastaban las explicaciones naturales, por tanto, Duque et al. (2014) plantea:

“la necesidad y el afán del hombre de encontrarle explicación a los fenómenos naturales que no comprendía, se inventaron deidades a las que le atribuyeron poderes sobrenaturales y a las cuales sólo se podía acceder con la intermediación exclusiva de los sacerdotes (...) Posteriormente, con el surgimiento de la medicina religiosa cristiana, donde el rezo, la unción de aceite sagrado y la curación por el toque de la mano eran los principales recursos terapéuticos” (p. 159).

Por otro lado, se encuentra a “la medicina fundamentada en el método científico, en la experimentación y en la demostración, en el ansia permanente de someter a prueba los viejos dogmas” (p. 163), donde se encuentran los médicos que le son fieles a la experimentación, y descubrimientos a base de ensayo-error, creando vacunas, los antibióticos y los medicamentos, teniendo as su disposición herramientas tecnológicas que permiten al médico luchar más efectivamente, aunque no de manera absoluta, contra la enfermedad. Concluyendo que existen muchas personas que se sirven de los recursos del conocimiento moderno, sigan confiando en la voluntad de un dios u otras deidades en su problema de salud-enfermedad.

En este sentido Villoro (2007) aporta que el creer en algo es parte de un estado de carácter adquirido que dará lugar a una respuesta coherente y particular del individuo ante determinada situación, mientras que García (2009) refiere que las creencias pueden utilizarse a fin de dar sentido y aceptación a la realidad del sujeto que le sirve como un soporte de comprensión a su realidad, si bien el conocimiento que adquieren los profesionales de la salud en su formación médica será o no aceptada de acuerdo a la experiencia o existencia de factores que fundamentan una realidad, en este caso abre paso a la formación de creencias ya sea por observación, inferencia con otras creencias o simplemente establecer un vínculo (Cuesta, 2021).

El sistema de creencias en el personal de salud tanto de instituciones públicas y privadas determinan la forma de asumir la realidad, de esta manera las creencias presentes en ellos les permiten tomar decisiones y evaluar su contexto desde la perspectiva de sus creencias, en este sentido, al presentar creencias científicas, seculares y religiosas la función de estas en ellos crea una vía de explicación o solución tentativa a incógnitas que rodean su existencia como lo plantea Quintana (2001).

Por otro lado, se encuentra el FACTOR 1. Actitudes desfavorables. “Factores de riesgo y daños a la salud” con el FACTOR 3. Actitudes favorables. “Estilo de vida saludable” de $-.176^{**}$ con intensidad *muy baja* y de dirección negativa, así como con el FACTOR 5. Actitudes favorables. “Medidas sanitarias ante la enfermedad” de $-.118^{**}$ con intensidad *muy baja* y dirección negativa, es decir cuando los profesionales de la salud llevan a cabo conductas que aumentan los factores de riesgo y daños a la salud como el consumo de medicina herbolaria o evaluar negativamente a las vacunas contra la COVID-19, tienden al mismo tiempo a no tener un estilo de vida saludable, el cual implica una dieta balanceada y buena hidratación así como aceptar la aplicación de las vacunas contra la COVID-19 en población mayor de edad a pesar de sus contraindicaciones y efectos secundarios en el cuerpo después de su aplicación, así como disminuyen su práctica de las medidas sanitarias para el cuidado de su salud, para la prevención y propagación de enfermedades, esto se debe a la evaluación del costo-beneficio de cierto comportamiento, en este caso el uso de terapias alternativas, poca actividad física, consumo de medicina herbolaria y limitarse a aplicar la vacuna contra la COVID-19 en pacientes con diabetes o enfermedades respiratorias, así como evitar segundas dosis en pacientes que presentaron efectos secundarios tras la aplicación de la misma, estas conductas son desfavorables para la salud, sin embargo están presentes, ya que las actitudes dependen a su vez de la percepción de las consecuencias, es decir, de las creencias que tienen las personas de que ciertas conductas producen determinados resultados y las evaluaciones de esos resultados esto de acuerdo a la TAR (Fishbein et al. 1975). Si bien estas conductas tienen una intención positiva como consecuencia de la misma, por ejemplo el uso de terapias alternativas para sanar física y espiritualmente tiene la intención de equilibrar nuevamente el bienestar del individuo, o bien el consumo de medicina herbolaria puede utilizarse como suplemento del medicamento de farmacia en pacientes con cierto tipo de alergias a las dosis del medicamento requerido para sanar de una enfermedad, de esta manera se pueden orientar estas actitudes con una intención positiva obteniendo como resultado vías alternas de sanación al cuerpo humano.

Finalmente, si existe una correlación entre creencias y actitudes en los temas de salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19. En primer momento, se identifican las relaciones estadísticamente

significativas con dirección positiva, dando lugar al FACTOR 1. Creencias sobrenaturales. “Origen de la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19” con el FACTOR 1. Actitudes desfavorables. “Factores de riesgo y daños a la salud”, FACTOR 2. Actitudes favorables. “Hábitos para el cuidado de la salud”, el FACTOR 2. Creencias seculares. “Tratamientos alternativos hacia la enfermedad” con el FACTOR 1. Actitudes desfavorables. “Factores de riesgo y daños a la salud”, FACTOR 3. Actitudes favorables. “Estilo de vida saludable” y el FACTOR 4. Actitudes favorables. “Prevención de enfermedades”; entre el FACTOR 3. Creencia científica. “Difusión científica hacia la salud” con el FACTOR 3. Actitudes favorables. “Estilo de vida saludable” y el FACTOR 4. Actitudes favorables. “Prevención de enfermedades”, seguido del FACTOR 4. Creencia científica. “Origen y propósito de las vacunas contra la COVID-19” con el FACTOR 1. Actitudes desfavorables. “Factores de riesgo y daños a la salud”, FACTOR 3. Actitudes favorables. “Estilo de vida saludable” y el FACTOR 4. Actitudes favorables. “Prevención de enfermedades”, después el FACTOR 5. Coexistencia de la creencia científica y religiosa. “Definición de salud y enfermedad” con el FACTOR 1. Actitudes desfavorables. “Factores de riesgo y daños a la salud” con el FACTOR 2. Actitudes favorables. “Hábitos para el cuidado de la salud”, FACTOR 3. Actitudes favorables. “Estilo de vida saludable, FACTOR 4. Actitudes favorables. “Prevención de enfermedades” y el FACTOR 5. Actitudes favorables. “Medidas sanitarias ante la enfermedad”; por último, se encuentra el FACTOR 6. Creencias científicas. “Tecnología, ciencia y salud” con el FACTOR 2. Actitudes favorables. “Hábitos para el cuidado de la salud”, estas correlaciones representan la conducta del personal de la salud de manera más compleja, puesto que ante la presencia de creencias de tipo científico, religioso y secular al mismo tiempo se mantienen actitudes positivas y negativas ante la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19, donde las creencias se enfocan en las cogniciones, conocimientos o informaciones que los sujetos poseen sobre un objeto actitudinal, donde la función de estas creencias serán basadas con los cuatro aspectos que propone Pepitone (1991), desde una función emocional, cognitivo, moral y grupal, porque el control de las emociones de un individuo va a determinar cierta evaluación sobre el estímulo creando una actitud positiva o negativa sobre el mismo, con respecto a la función cognitiva da como resultado a encontrar cierta lógica de explicación ante temas como la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19, respecto a la función moral le permite al personal de atención medica una valoración ética ante su práctica profesión y su esquema de creencias, por último el factor grupal donde el intercambio de ideas con sus pares le proporciona nueva información para aceptar o rechazar cierto estímulo, en este caso determina como va a actuar de acuerdo a una evaluación individual y grupal, así como de su esquema de creencias. Por parte de las actitudes, Fishbein et al. (1975) consideran que una actitud representa el sentimiento general favorable o desfavorable de

una persona hacia algún objeto de estímulo, considerando que cuando una persona forma creencias sobre un objeto, automáticamente y simultáneamente adquiere una actitud hacia ese objeto, en términos generales son quienes determinan la forma en la que una persona se comporta, respecto a ello Briñol et al, (2007) expone la triada de los elementos principales de la actitud, donde el componente cognitivo toma el primer lugar, explicando que los profesionales de la salud tienden a comportarse de acuerdo a sus percepciones sobre cierto estímulo en particular, pero su conducta va a estar determinada por sus creencias y evaluaciones del objeto, es decir, las actitudes favorables o desfavorables ante la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 van a depender de la información que ya ha sido obtenida a través de del aprendizaje empírico del sujeto, para el componente conductual va a guiar a los profesionales de la salud a interactuar de acuerdo a la evaluación realizada hacia el objeto, que este caso son los temas antes mencionados, y finalmente para el componente afectivo, las emociones influyen en la evaluación realizada al objeto, calificándolo como positivo o negativo. Lo anterior puede unirse a través de la Teoría de la Asociación cognitiva, puesto que hace énfasis al vínculo o asociación que tiende a hacer el individuo perciba de manera activa la información de su medio ambiente, comprendiendo ciertas situaciones o evaluaciones mediante la asociación de nueva información con otra información conocida.

En segundo momento se reportan las correlaciones negativas entre creencias y actitudes, comenzando por el FACTOR 1. Creencias sobrenaturales. “Origen de la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19” con el FACTOR 3. Actitudes favorables. “Estilo de vida saludable” y el FACTOR 5. Actitudes favorables. “Medidas sanitarias ante la enfermedad”; entre el FACTOR 2. Creencias seculares. “Tratamientos alternativos hacia la enfermedad” y el FACTOR 5. Actitudes favorables. “Medidas sanitarias ante la enfermedad”; después el FACTOR 3. Creencia científica. “Difusión científica hacia la salud” con el FACTOR 1. Actitudes desfavorables. “Factores de riesgo y daños a la salud”; entre el FACTOR 6. Creencias científicas. “Tecnología, ciencia y salud” y el FACTOR 4. Actitudes favorables. “Prevención de enfermedades” y finalmente el FACTOR 7. Creencia científica. “Ciencia y salud” con el FACTOR 1. Actitudes desfavorables. “Factores de riesgo y daños a la salud”, es decir, cuando hay presencia de una la otra disminuye dinámicamente, explicado a través de la Teoría de la disonancia cognitiva de Festinger (1957), ya que al haber dos ideas contrapuestas le crea al individuo una incomodidad, ya que tiene la necesidad de que sus creencias, actitudes y su conducta sean coherentes entre sí, evitando contradicciones entre estos elementos, por ello cuando existe una inconsistencia cambia su conducta o la justifica para que se reestablezca este equilibrio entre lo que piensa, dice y hace, obtenido el fenómeno anterior, pues a presencia de creencias científicas contrapuestas con religiosas y a su vez

una actitud negativa o positiva, la necesidad de alinear lógicamente sus ideas es vital para defender su postura.

Entre las creencias y actitudes existen diferencias, pero coinciden en la dimensión cognitiva, afectiva y conductual; la relación entre estas categorías psicosociales funciona para predecir conductas en los individuos, de acuerdo a la TAR planteada por Fishbein y Ajzen, (1975) entre las creencias y actitudes debe haber una correspondencia de acuerdo a cuatro dimensiones establecidas por la teoría: acción, objeto, tiempo y contexto, siendo de esta manera cuando el personal médico tiene creencias sobre la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19, estas pueden valorarse en diferentes contextos y circunstancia para identificar si existe un correspondencia en los resultados de los diferentes tiempos, es decir, sus creencias sobre la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 bajo la influencia de la institución medida donde labora y sus creencias sobre estos temas ante la influencia de su familia o amigos.

Por otro lado, entre las variables sociodemográficas y los factores obtenidos del instrumento CSEVC-19 se obtienen las siguientes correlaciones:

FACTOR 1. Creencias sobrenaturales. “Origen de la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19”, los enfermeros, hombres, solteros, de 40 a 49 años de edad que laboran en instituciones médicas privadas del estado de Tlaxcala, creen que tanto la salud, enfermedad como las vacunas contra la COVID-19 son el resultado de un ente sobrenatural como Dios, también consideran a las sesiones de reiki como una terapia para aliviar de manera integral la presencia de enfermedades dentro y fuera del organismo humano, es decir, desde una visión física y espiritual, esta relación muestra creencias de tipo sobrenatural, las cuales refieren a todo tipo de energía del universo como el destino, suerte, casualidad y brujería que afecta directa o indirectamente a los individuos dentro de su entorno, provocando resultados no controlables (Pepitone, 1991). Si bien, este mismo autor refiere que las creencias en general se convierten en una estructura mental estable que representa a la existencia de individuos, más allá de una percepción directa, asumiendo su existencia, por tal razón, los profesionales de la salud pueden tener este tipo de creencias, debido a que las creencias se pueden formar de manera descriptiva como los menciona Fishbein y Ajzen (1975), es decir, forman sus creencias a través de una experiencia propia o interacción con el estímulo.

Después se encuentran los médicos casados de una edad de 50 años en adelante pertenecientes a instituciones privadas del estado de Tlaxcala, quienes presentan creencias seculares, hacia el uso de los

tratamientos alternativos como la limpia tradicional o acupuntura con el fin de restablecer al cuerpo humano de un desequilibrio entre los sistemas corporales, físicos, emocionales y espirituales, estas creencias presentes en el personal médico pueden explicarse a través de la función de las mismas con base a la clasificación de Dilts et al, (1996), quien señala que la intención que tienen las personas ante determinada conducta se debe a la causa, identidad y significado, en este caso, la función de las creencias seculares se explican por el significado que los profesionales de la salud le dan, siendo de tal forma que, al haber tenido una experiencia previa con los tratamientos alternativos en sí mismo o experiencia compartida por parte de sus pacientes, han producido una atribución hacia este tipo de tratamientos que dan un resultado inmediato a malestares corporales y espirituales, guiados por su sentido común.

Entre las creencias científicas guiadas al origen y propósito de las vacunas contra COVID-19, los hombres enfermeros de una edad de 30 a 39 años en adelante, casados y de una institución privada, creen que es importante la difusión del conocimiento científico respecto a la salud y sus cuidados ante la sociedad, así la población pueda tener a su alcance información confiable y veraz. Si bien las creencias funcionan como un código de conducta determinada, por lo tanto, determinan una estructura general de comportamiento del individuo al emplear una acción como lo menciona Villoro (2008), es por tanto que al creer en la importancia de la difusión científica en temas de salud a la sociedad en general, los profesionales de la salud consideran que esta es una estrategia de cuidados a la salud poblacional, atribuyendo que las personas comiencen a seguir un canal de información confiable sin poner en peligro su integridad física.

Seguido de los hombres médicos de 50 años en adelante, casados y pertenecientes a instituciones privadas, mantienen creencias científicas hacia el origen y propósito de las vacunas contra COVID-19, ya que consideran que la enfermedad se debe a un desbalance orgánico o alteración en el funcionamiento normal de cuerpo humano, de esta manera ellos, consideran que, al estar bajo una crisis sanitaria mundial, la vacuna contra el COVID-19 la consideran como el máximo avance científico del siglo XXI, con el propósito de emplear una estrategia de vacunación contra el virus SARS CoV-2 para reducir el porcentaje de mortalidad y hospitalizaciones por esta enfermedad, para ello, Villoro (2007) expone que la creencia en algo, y también forma parte de un estado de carácter adquirido que dará lugar a un conjunto de respuestas coherentes, particular en cada persona y está determinada por el objeto u situación impersonal a comprender. En este sentido, los médicos mantienen una consistencia entre sus creencias, desde definir a la enfermedad desde una visión científica, con base a la información obtenida en su formación académica y por parte de la teoría de los libros, así como identificar que las vacunas se crearon a partir

del conocimiento científico y el uso adecuado de las mismas ayudara de manera física y orgánica a la población, obteniendo como resultado una coherencia de pensamiento y conducta.

Los médicos hombres casados de 50 años en adelante que laboran en instituciones médicas privadas, tienen creencias de tipo científicas y religiosas para explicar el origen de la salud y enfermedad, tras identificar las correlaciones anteriores, la coexistencia entre estos dos tipos de creencias se ocupa para explicar de cierta manera a la salud y a la enfermedad, si bien, no importa de dónde venga la creencia, simplemente al afirmar que tiene un lugar en el sistema de creencias de los seres humanos se les da fe y la necesitan para explicar constantemente lo que sucede a su alrededor. El contenido de sus creencias es más o menos libre de elegir, dependiendo de la satisfacción que esta produzca. (Díaz, 2004), es decir, la coexistencia entre estas creencias muestra aspectos diversos de explicación sobre fenómenos como la salud y enfermedad en los humanos, haciendo posible el aceptar aspectos de la experiencia humana, comprendiendo sus ideologías y la manera en la que se relacionan e interactúan los individuos, para que de esta manera los profesionales de la salud puedan creer en ambas.

Por otro lado, en el “FACTOR 6. Creencias científicas. Tecnología, ciencia y salud”, las instituciones médicas y profesión son variables que no se relacionan con este factor, por lo tanto, las mujeres solteras de 30 a 39 años de edad, siendo médicos o enfermeras de instituciones públicas o privadas van a creer que la ciencia junto con la tecnología, crean soluciones a problemas de salud en la población general, así como también creen que han creado avances importantes, para que los pacientes puedan tener a la mano apps de consulta médica obteniendo información instantánea sobre sus dudas o problemas de salud. El hecho de no haber relación se explica a través de Pajares (1992) cuando establece que las creencias representan una verdad personal indiscutible, derivada de la experiencia o de la fantasía, y tienen fuertes componentes evaluativos y emocionales particulares, en este caso las mujeres del personal médico abarcan a la ciencia y tecnología como factores que son importantes para la salud, teniendo en ellos un gran alto índice de confianza, si bien, la confianza suficiente en algo le permite al individuo actuar de cierta manera porque esta idea, pensamiento o sentimiento le sirve como guía a la conducta del individuo. En este caso no importa su profesión o sector donde labora, mientras estas creencias tengan una fuerte carga sentimental, estas estarán presentes en las profesionales de salud mujeres.

Finalmente, las mujeres enfermeras de una edad entre 40-49 años que laboran en instituciones públicas tienen creencias científicas sobre la importancia que tiene la ciencia en los avances históricos de la salud, siendo esta quien brinda respaldos científicos para el aumento en la calidad de vida

poblacional, dándoles a conocer las medidas de prevención a enfermedades. En esta relación se presenta nuevamente en las mujeres, por tanto, se identifica que las mujeres tienden a actuar desde un nivel más sentimental, aunque Pajares (1992) establece que las creencias con tinte sentimental pueden llegar a ser cuestionado en el futuro, puesto que bajo el contexto de pandemia por COVID-19, los sentimientos y emociones cobraron un gran peso, siendo como consecuencia actuar de acuerdo a ellos cumpliendo una disposición al cuidado de la integridad física de los pacientes para evitar el contagio masivo y como consecuencia la muerte, por ello, las apps de atención médica toman importancia en las enfermeras del sector público porque se está al pendiente de la salud sin interactuar físicamente con sus pacientes reguardando su integridad y vitalidad, creándoles una satisfacción ante el cuidado de la población.

Como se puede identificar, en la mayoría de las correlaciones, los hombres de instituciones privadas tienden a presentar tanto creencias científicas como religiosas ante los temas de la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19, esto debido a que las creencias son principalmente pensamientos de memoria sobre cómo es el mundo y cómo se debe actuar. En concreto, son esquemas cognitivos, un sistema de relaciones entre conceptos que aparecen en la memoria siendo una construcción de particularidad, valores emocionales y elementos de evaluación en la memoria episódica (Nespor, 1987; Pajares, 1992; Solar y Díaz, 2009), es decir, la coexistencia de ambas creencias a pesar de ser contradictorias, ambas tratan de explicar a salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19, desde diferentes perspectivas abordando las dudas de la mente humana; Cuesta (2021) refiere que existen tres tipos de procesos para la formación de las creencias, de esta manera se explica por qué a pesar de tener una formación con bases científicas, las creencias religiosas toman lugar al mismo tiempo, esto se debe a que dentro del primer proceso de formación de creencia existe una conexión activa con base a la observación directa, es decir la creencia es descriptiva, puesto que el individuo crea experiencias o vínculos personales con el estímulo, en este caso la medicina basada en ciencia y el consumo de medicina herbolaria o practica de tratamientos alternos con el mismo resultado, el cual es aliviar dolores en el organismo humano; como parte del segundo proceso, se puede establecer activamente mediante el proceso de inferir de otras creencias acerca del estímulo, es decir, una creencia diferencial donde los hombres de instituciones privadas parten de un juicio tras dichos hechos, en este caso, evaluar el origen de la salud y enfermedad como fenómenos del cuerpo humano, concluyendo que son tan complejos de encontrar una explicación aceptada por todos los humanos, por tanto se encuentran en la disposición de aceptar ambas ideas, aunque unas más que otras con base a su experiencia y conocimiento previo, finalmente en el tercer proceso, puede establecer un vínculo entre la idea o perspectiva ante el estímulo, aceptando el vínculo, en otras palabras son creencias de información, donde el personal médico de

instituciones privadas se basan en tanto información académica como información cultural, aceptando que se puede explicar a la salud y enfermedad desde una visión tanto científica como religiosa.

Por las correlaciones anteriores, se rechazan las hipótesis 1 a la 5 y se acepta la hipótesis 6 “Las creencias hacia las vacunas contra la COVID-19 son de tipo científico en el personal de atención médica de instituciones privadas del estado de Tlaxcala.”, estas hipótesis se basaron en el manual de la Secretaría de Gobernación [SEGOB, 2019], en el primer apartado “Subsecretaría de población, migración y asuntos religiosos.” Dirigido a instituciones médicas públicas, donde se expone el marco jurídico de las iglesias con las instituciones médicas para establecer garantías en la libertad de creencia y libertad de culto, así mismo estas asociaciones tienen el propósito de conciliar el respeto a la vida religiosa de los mexicanos al tiempo de su intervención médica, por otro lado, las instituciones privadas, cuentan con los fondos económicos o en concursos de fondos a investigación científicas, estas instituciones llegan a ser partícipes para recabar fondos, Jiménez (2017), expone que obtención de fondos en las instituciones privadas han aumentado las investigaciones, destacando que la ciencia tiene un gran impacto sobre el bienestar de la población o el mantenimiento del ambiente, así como la ciencia no sólo es una manera de crear conocimiento sino que es fundamentalmente un motor de desarrollo y una fuente de recursos para el avance de la salud y otros temas con investigaciones de calidad, como lo señala el Informe General del Estado de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación del 2014 (como se citó en, Jiménez, 2017). Una vez expuestas estas perspectivas, las hipótesis se inclinaron a que los profesionales del sector público tenían creencias religiosas por las asociaciones con las iglesias, mientras que, por parte de los profesionales del sector privado, al tener más presentes las investigaciones con base de ciencia tendían a tener creencias científicas.

Para el instrumento ASEVC-19 se identificó que los hombres enfermeros de instituciones privadas del estado de Tlaxcala tienden a presentar conductas relacionadas a los factores de riesgo y daños a la salud, como el sedentarismo, consumo de medicina herbolaria o remedios caseros ante cualquier tipo de malestar orgánico, así como acudir a sesiones de tratamientos alternativos como el Reiki, y tras la estrategia de vacunación contra COVID-19 consecuencia de la pandemia mundial por el virus SARS- CoV-2, los enfermeros de instituciones privadas se abstenían a la aplicación de la vacuna en casos específicos de pacientes con diagnóstico de enfermedades coránico degenerativas o pacientes que hayan presentado efectos secundarios tras la aplicación de la vacuna. Con base a la teoría de la atribución de Heider (1958), las actitudes parten de causas internas y externas, en el caso del personal de salud con respecto a sus causas internas refieren a sus rasgos individuales como la personalidad,

inteligencia y motivación, entre otros, para explicar el porqué de su conducta. Mientras que entre sus causas externas se refieren a su contexto donde se está presentando la actitud, en este caso es bajo la presencia de la pandemia por COVID-19, donde el comportamiento de sus pares y presencia de una crisis sanitaria determina sus conductas, es decir, el hecho de permanecer en instituciones médicas con restricciones de socialización y movimiento masivo entre las personas, el sedentarismo fue resultado de estas medidas sanitarias, o bien el consumo de medicina herbolaria al no haber a principio de la pandemia una respuesta pronta por parte de la comunidad científica en función a un antídoto para el virus, siendo estos tratamientos alternativos una vía de solución inmediata antes la crisis sanitaria, por otra parte, el índice de mortalidad por causa del virus iba en aumento al paso de las horas en todo el mundo, teniendo un impacto psicológico importante en los encargados del cuidado de la salud poblacional, por ello, cuando se obtuvo una vacuna contra la COVID-19, estos tuvieron que realizar evaluaciones sobre la aplicación después de adquirir la información sobre las dosis, contraindicaciones y tipo de población a la que iba dirigida, si bien, los medios de comunicación tuvieron un importancia en este contexto porque eran fuentes de primera mano, que informaba todo a cerca de las vacunas y su aplicación, resaltando efectos secundarios tras recibir la vacuna, por ello los enfermeros de instituciones privadas comenzaban a crear creencias informativas y evaluaciones desfavorables ante la aplicación de las dosis.

Por otro lado, se identificó que las mujeres enfermeras de una edad entre 30 a 39 años de edad que laboran en instituciones públicas de Tlaxcala, tienen hábitos para el cuidado de su salud, como tomar tratamientos para fortalecer su cuerpo de enfermedades futuras, y tras la pandemia y aplicación de las vacunas contra COVID-19, aceptan la aplicación por formar parte del sector salud, es decir atribuyen que la aplicación corresponde a las normativas del lugar donde laboran, siendo parte de personal médico creen que es lógico tener la vacuna como símbolo de ejemplo para sus pacientes, donde la creencias funcionan a través de un significado, es decir, cuando las enfermeras piensan que las vacunas forman parte del cuidado de su salud y al mismo tiempo sirven para evitar contagios masivos, le da un sentido a la aplicación, de esta manera evalúa de manera favorable esta situación aceptando las dosis necesarias, aparte de crear una correspondencia entre las normas de la institución donde trabaja y el papel que juega ante la sociedad.

Entre los estilos saludables de vida, se encuentran a las médico mujeres, casadas de una edad entre 30 a 39 años que laboran en instituciones privadas del estado de Tlaxcala, este tipo de actitudes favorables en el personal médico, refiere a evaluar un resultado positivo ante su objetivo principal, es decir los estilos de vida saludable, tienden a ayudar a los individuos a disminuir o retardar enfermedades,

tener una calidad y esperanza de vida adecuada, y cuidar su salud a través de hábitos y rutinas preestablecidas, por tanto, este tipo de creencias mantienen una función instrumental en las médico de instituciones médicas, ya que evalúan la utilidad del cuidado de su salud con forme a un estilo de vida saludable, lo que les permite lograr determinadas metas o beneficios específicos para su persona, así como involucrar a su entorno para obtener resultados favorables ante sus conductas.

Los enfermeros en general de una edad entre 30 a 39 años, que se encuentran casados y trabajan en instituciones médicas públicas, tienden a poner en práctica las medidas de prevención a enfermedades, de acuerdo a las normas subjetivas de la Teoría de la Acción Racional (TAR) (Fishbein y Ajzen ,1975), las creencias normativas y la motivación, son variables de predicción de conducta, si bien, las creencias cumplen con la función de terceras personas al individuo esperen que actué de cierta manera, es decir, la población en general atribuye que los profesionales de la salud sean los primeros que acepten y pongan en práctica las medidas de prevención de enfermedades debido a que forman parte del sector salud, por otra parte se encuentra a la motivación, la cual funciona a través de la creencias normativas de los enfermeros del sector salud público, porque sirven para poder adaptarse a dichas creencias y considerar la relevancia de la implementación de estas medidas tanto en su vida como en la de sus pacientes o personas que esperan una conducta de ellos, es decir cómo ser el ejemplo a seguir y más bajo un contexto de pandemia por COVID-19.

Destacando que, de los cinco factores analizados en tres de ellos, las instituciones públicas del estado de Tlaxcala determinan el tipo de actitud que presenta el personal médico ante la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19, siendo la actitud una forma en que una persona se comporta, es el comportamiento que usa un individuo para hacer algo. En este sentido se puede decir que se trata de su forma de vida o forma de actuar, y también se puede considerar como una forma particular de motivación social - de carácter secundario, en comparación con la biología de la motivación, de categoría mayor. La actitud fortalece el trabajo y lo orienta hacia metas y objetivos específicos, si se enfoca en las instituciones médicas, estas conductas se relacionan con el contexto donde se desarrolla la actitud hacia algo, si bien, la triada de las actitudes se enfocan en componentes como el cognitivo, afectivo y conductual (Briñol et al, 2007), donde estos componentes están implicados en el comportamiento del personal médico, en este caso las instituciones públicas son más conocidas por parte de la sociedad, debido a que el gobierno maneja sus financiamientos y recurre a este como primer institución ante problemas de salud poblacional, como lo fue la pandemia de COVID-19, en este sentido estas instituciones tienen de primera mano información relevante sobre las condiciones de la salud-enfermedad

de la sociedad, de esta manera su personal médico adquiere nuevo conocimiento que va relacionándose al que ya tenían, creando una asociación de información, desarrollando a su vez actitudes nuevas o similares a las anteriores, a esto se le conoce como asociación cognitiva . Donde la función principal resulta ser la cognoscitiva con base en los procesos cognitivos y emocionales que tienden a ser percibidos y dirigidos en el entorno.

Por tanto, se rechazaron las hipótesis de la 7 a la 11, ya que las instituciones públicas mantienen presentes actitudes favorables ante la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19, por el contrario, se encuentran las instituciones privadas, esta investigación realizó estas hipótesis debido a las condiciones de trabajo y jornadas laborales del personal de salud durante la pandemia, puesto que el sector público se encargó de casos COVID-19 a primera estancia, esto de acuerdo a el subsecretario de Salud, Hugo López-Gatell durante la conferencia mañanera del presidente Andrés Manuel López Obrador (Miranda et al 2021), así mismo con base en Camacho (2021) en su publicación “Médicos COVID, sin descanso ni licencias a 15 meses de la pandemia”, las condiciones laborales y jornadas extensas de los médicos y enfermeras son precarias, ante el desabastecimiento de personal capacitado. Mientras que, por su parte, el sector privado disponía de jornadas accesibles y espacios para atender pacientes de COVID-19 con el material disponible, provocando que el gobierno de México suscribiera un convenio de colaboración con la Asociación Nacional de Hospitales Privados, con la finalidad de garantizar la atención a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social, esto de acuerdo al portal del Gobierno de México (2020).

CONCLUSIONES

En psicología social, las creencias tienen una gran importancia en la existencia del individuo, ya que permite dar respuesta a diversas incógnitas que le surgen la ser humano, aunque es de reconocer que las creencias no solo consisten en comportamientos particulares, sino en la variedad de comportamientos en diversas situaciones, el fin de esta categoría psicosocial es la aceptación de la realidad con base a la información percibida a través de la observación, información del entorno y experiencias propias, lo anterior servirá de soporte para darle sentido al eje en el que se mueve la realidad. (Villoro, 2007; García, 2009; Pajares, 1992).

Aunque no solo las creencias fueron relevantes para esta investigación, puesto que las creencias junto con las actitudes permitieron el análisis de la conducta de la muestra, considerando que una actitud es el sentimiento general favorable o desfavorable de una persona hacia algún objeto de estímulo, considerando que cuando una persona forma creencias sobre un objeto, automáticamente y simultáneamente adquiere una actitud hacia ese objeto Fishbein y Ajzen (1975). Estas forman de igual manera que las creencias una parte muy importante de la vida humana, ya que en el individuo se presentan múltiples evaluaciones durante el día sobre temas, cosas o personas, cabe destacar que estas actitudes son aprendidas y adquiridas en el transcurso de la interacción social.

Este estudio psicosocial estuvo dirigido a el personal de salud, puesto que continuamente intentan o bien modifican actitudes y comportamientos fomentando la adquisición de nuevas para beneficiar a su salud individual y al mismo tiempo entre sus pacientes, puesto que sus actitudes repercuten directa o indirectamente a sus pacientes a través de la comunicación verbal y no verbal. (Heider, 1946).

Los temas abordados en este trabajo de investigación fue la salud, enfermedad y vacunas contra COVID-19, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no es simplemente la ausencia de enfermedad, dolencia o dolencia, mientras que a la enfermedad la define como un cambio o desviación en el estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, manifestado como síntomas y signos característicos, y su evolución es más o menos predecible.

La aparición de enfermedades a lo largo de la historia del ser humano, ha llevado a considerar nuevas formas de acercamiento no convencional para solucionar los problemas que se van presentando. La pandemia causada por el COVID-19 no ha sido la excepción. Por ello se tiene la estrecha relación entre creencias y actitudes, así como los diferentes tipos de cada una de ellas, como científicas y religiosas, así como favorables y desfavorables respectivamente.

Los desafíos actuales han acentuado la importancia de la ciencia, tecnología e innovación como factores determinantes para combatir una crisis de salud como la pandemia del COVID-19. La ventaja es que las vacunas tienen la particularidad, a diferencia de los medicamentos, de que no sólo protegen a quienes las reciben, sino que también protegen a quienes rodean a esa persona (OMS, 2021), pues estas tienen el propósito de activar las defensas naturales del organismo, reduciendo así el riesgo de contagios masivos.

Dentro de los alcances que se obtuvo en esta investigación, se dio respuesta a la pregunta general, ¿Cuáles son las creencias y actitudes hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala y, existe relación entre ellas?

Donde el personal de salud presentó creencias científicas, religiosas y seculares, con una relación negativa entre las mismas, dando como resultado una correspondencia entre sus creencias y conductas, puesto que al presentar creencias científicas hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 se disminuye de manera proporcional la presencia de creencias sobrenaturales y religiosas, en otras palabras, el personal de atención médica presenta una consistencia y correspondencia entre sus creencias y práctica profesional dentro de las instituciones médicas del estado de Tlaxcala. Aunque también se presenta una correlación de intensidad baja entre las creencias sobrenaturales y las creencias científicas, es decir, ambas categorías son aceptadas por el personal de atención médica.

Por esta razón, el resultado de estas creencias lleva a concluir que los profesionales de la salud tienen un esquema de creencias adquirido a través de su formación académica, práctica profesional y experiencias personales, justificando de esta manera esta doble postura o vía de explicación en función al origen la salud, enfermedad y propósito de las vacunas contra la COVID-19, comprobando que existe relación entre las creencias presentes en los profesionales de la salud.

También se identificó una correlación entre sus actitudes, destacando que la mayoría se identificó como actitud favorable ante el cuidado de la salud y prevención de enfermedades, también en su mayoría fue evaluada de manera favorable las actitudes sobre la vacuna contra COVID-19, aceptando la aplicación de las diferentes dosis y mantener en práctica los protocolos y estrategias que implementan las instituciones médicas del estado de Tlaxcala en su personal médico, también se presentan actitudes en los estilos de vida y hábitos personales, como alimentarse con una dieta balanceada, acudir al médico y seguir estrictamente las indicaciones para la eficacia del tratamiento.

Finalmente, se concluye que si existe una correlación entre creencias y actitudes en los temas de salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19 presentes en el personal de atención médica de instituciones públicas y privadas del estado de Tlaxcala, abarcando el objetivo principal de esta investigación.

Para los objetivos específicos se encontró que las varias sociodemográficas como sexo, estado civil, edad, profesión y las instituciones médicas donde laboran los profesionales de la salud si influyen en el tipo de creencias y actitudes presentes tanto en la vida personal de la muestra como en su práctica profesional. En otras palabras, la presencia del tipo de creencias (científica, religiosa y secular) y el tipo de actitudes (favorables y desfavorables) en el personal médico, están en función a su sexo, estado civil, edad, profesión y las instituciones médicas, siendo esta una aportación extra del objetivo principal de este trabajo de investigación.

Entre los alcances, se abarca el análisis psicosocial de las categorías creencias y actitudes en una muestra con pocas investigaciones sobre su conducta y más aún en un contexto limitado a interacción física con el personal médico encargado de “área COVID” dentro de las instituciones médicas del estado de Tlaxcala, también dentro de los alcances obtenidos esta investigación fue realizada bajo un contexto de crisis sanitaria mundial, el cual es un evento histórico que ha dejado en la sociedad un gran impacto psicológico tanto en el personal de salud como en la población en general.

En las limitaciones de este trabajo, se encuentran pocas investigaciones relacionadas tanto a las creencias como de las actitudes de manera individual en muestra del personal de salud, también existe una limitada sección de recursos en temas de salud, enfermedad y mucho más limitada hacia las vacunas contra la COVID-19, tampoco existen recursos bibliográficos que aporten una relación entre estos tres temas, siendo como resultado solo el recuso teórico de psicología social para argumentar y justificar este trabajo de investigación.

Así mismo, el contexto en el cual fueron aplicados los instrumentos de medición para las variables fue complejo, debido a las medidas sanitarias de la pandemia por COVID-19, por lo que se realizó una aplicación digital, la cual no tuvo éxito, así que la aplicación presencial o física ayudo a obtener respuestas directas y favorables entre los médicos y enfermeras del estado de Tlaxcala.

Dentro de las aportaciones hacia la sociedad, esta tesis sirve de referencia sobre los tipos de creencias y actitudes que puede haber hacia la salud, enfermedad y vacunas contra la COVID-19, al mismo tiempo que se identifica la relación entre estas variables psicosociales en una muestra muy difícil

de consultar debido a sus actividades y jornadas laborales de los médicos y enfermeras bajo un contexto de pandemia.

Para las investigaciones futuras se sugiere que profundicen en las variables sociodemográficas, ya que son un factor determinante de conducta, es decir, estudiar cómo es que estas variables funcionan en esta muestra y poder crear un marco teórico de referencia, para guiar a las investigaciones futuras con respaldos tanto teóricos como prácticos, también se sugiere estudiar otro tipo de categoría psicosocial como las emociones junto con las creencias, ya que se identificó una estrecha relación entre ellas, al mismo tiempo se considera pertinente estudiar de manera separada a las creencias y actitudes dentro de esta población para identificar más a detalle el funcionamiento que tienen sobre sus conductas y estas como se relacionan en su vida personal y profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad, A., Marques Abad, R. (2020) *COVID-19: O Fator Psicológico. Integração Académica em Psicologia* Volumen 8. Número 23. p. 4 <https://integracion-academica.org/attachments/article/271/01%20Covid%2019%20-%20AAbad%20TMarques.pdf>.
- Ajzen (1985). Teoría de la Acción Planeada. <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/22870/Capitulo2.pdf>
- Ajzen, I. (1991). *The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes* , 50(2), 179-211.
- Ajzen, I., y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, N. J.: Prentices-All*
- Allport, G. (1935). *Attitudes, en Murchison* (ed.), Handbook of social psychology, Worcester, Clark University Press
- Ascencio, L. Allende, S. y Verastegui, E. (2014). *Creencias, Actitudes Y Ansiedad Ante La Muerte En Un Equipo Multidisciplinario De Cuidados Paliativos Oncológicos*. Psico oncologia. Vol. 11, Núm. 1, 2014, Pp. 101-115 Issn: 1696-7240 – Dóí: 10.5209/Rev_psic. 2014. V11. N1. 44920.
- Bandura, A. (1977). *Teoría del aprendizaje social*. Espasa-Calpe.
- Baron, R. y Donn, B. (2005). *Psicología social*. Pearson Educación.
- Bolívar, A. (1995). *La evaluación de valores y actitudes*. Ediciones Anaya.
- Bréal M. (1918) *Dictionnaire étymologique Latin*. Paris: Librairie Hachette ET Cie, 1918. p. 95, 121, 179, 201-2
- Briñol, P., Falces, C. y Becerra, A. (2007). *Actitudes*. Mc Graw-Hill.
- Bunge M. (1978) *La ciencia, su método y su filosofía*. Buenos Aires: Siglo Veinte;
- Camacho, E. (2020). *La corta pega del ADN se lleva el Nobel con olvido español*. El Progreso. p: 42
- Campo, M^a A (2006) *La Diversidad De Creencias Y Los Cuidados Enfermería S21*. DAE, Madrid: Actualizaciones 2006: 59-69

- Canguilhem, G. (1943/1996). *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF.
DOI: [10.3917/puf.cangu.2013.01](https://doi.org/10.3917/puf.cangu.2013.01)
- Carpi, A., Breva, A. y Palmero, F. (2005). La teoría de la acción planeada y la reducción del estrés percibido para prevenir la enfermedad cardiovascular. *Anales de Psicología*, 21(1), 84-91.
<https://www.redalyc.org/pdf/167/16721110.pdf>
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva: La ciencia de la felicidad*. Barcelona: Paidós
- Cartwright, D. y Harary, F. (1967) *Equilibrio estructural: una generalización de la teoría de Hider*, En Cartwright, D. Zander, A. (Eds.). *Dinámica de grupo*. Trad. porto San Pablo, Brasil: Herder, 1967, 882-908.
- Carvajal-Tapia, A. E.; Carvajal-Rodríguez, E. (2019) *Producción científica en ciencias de la salud en los países de América Latina, 2006-2015: análisis a partir de SciELO** Revista Interamericana de Bibliotecología, vol. 42, núm. 1, 2019, Enero-Abril, pp. 15-21 Escuela Interamericana de Bibliotecología DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rib.v42n1a02>
- Castro, R. (1996) *Ciencias Sociales y Ciencias de la Salud: dificultades de la interacción y alternativas de solución*. Alud Pública de México, vol. 38, núm. 4, pp. 225-226
<https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5928/6716>.
- Castro, S. (2020). *Disonancia Cognitiva*. <https://www.iepp.es/disonancia-cognitiva/>
- CDC - Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *CDCP. Quarantine and isolation*. Recuperado en 2021 de <https://www.cdc.gov/quarantine/index.html>.
- CDH-CM. (2020) *Infancias Encerradas. Reporte del estado de Tlaxcala Consulta a niñas, niños y adolescentes. Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México (CDH-CM)*
<https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2020/09/Infancias-encerradas-Tlaxcala.pdf>
- Cohen, J. (2020) *Mining coronavirus genomes for clues to the outbreak's origins*. *Science* DOI: <https://doi.org/10.1126/science.abb1256>.
- Corominas J. (1984) *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico*. Tomo CE-F. Madrid: Gredos; p. 615, 819.

- Cortés, C. (2010). La investigación social en salud: un punto de encuentro para las ciencias sociales y las ciencias de la salud. *Revista de la Facultad de Medicina*, 58(4), 259-262.
<https://www.redalyc.org/pdf/5763/576363551001.pdf>
- Díaz, L. (2004). *Por qué creemos lo que creemos: un enfoque psicosocial*. En I. Rodríguez (Colaborador), *Ciencia y pseudociencia: realidades y mitos* (pp. 339-349). Equipo Sirius.
- Dilts, R. (2003). *El poder de la palabra. La magia del cambio de creencias a través de la conversación*. Urano.
- Dilts, R., Hallbom, T. y Smith, S. (1996). *Las creencias. Caminos hacia la salud y el bienestar*, Ediciones Urano.
- Dorantes, M. (2009). El papel de las creencias en el proceso de titulación. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 12(1), 142-162.
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/17709>
- Dubos, R. (1975). *El espejismo de la salud: Utopías, progreso y cambio biológico*. Fondo de Cultura Económica.
- Dunn, H.L. (1961). *High-level wellness*. Ed. Beatty
- Eagly, A. y Chaiken, S. (1998). *Estructura de actitud y función*. *The Handbook of Social Psychology*. McGraw-Hill.
- Echeverri Hernández, J. V. (2010) *Relaciones entre las ciencias sociales y el campo de la salud*. *Revista de Psicología*. Universidad de Antioquia. Vol. 2. No.4.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsua/v2n2/v2n2a5.pdf>.
- Ernout A. (2001) *Dictionnaire étymologique de la langue latine*. Paris: Librairie Klincksieck et Cie. 2001. p. 10, 21-3, 230, 237, 309-10, 312, 414, 488, 741-2
- Faller, G. (2001) *Psychology versus Religion*. *Journal of Pastoral Counselling*, Annual 2001. 21 (14).
- Fernández-García, M., Martínez, J., Olmos, J.M., González-Macías, J., & Hernández, J.L... (2015). *Tendencia secular de la incidencia de la fractura de cadera en el mundo*. *Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral*, 7(4), 121-132. <https://dx.doi.org/10.4321/S1889-836X2015000400008>

- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press.
- Festinger, L. (1962). *Cognitive Dissonance*. *Scientific American*. 207(4): pp. 93 - 106.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fishbein, M. (1967). *A consideration of beliefs and their role in attitude measurement*. In, M. Fishbein (Ed.), *Readings in attitude theory and measurement* (pp. 257-266). New York: John Wiley and Sons.
- Fishbein, M., Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research. PART II: Foundations of Beliefs, Attitudes, Intentions, and Behaviors*. Chapter 5: Belief Formation Reading, MA: Addison-Wesley.
<https://people.umass.edu/aizen/f&a1975.html>
- Fraile, M. (2013). “*Concepto de Salud Enfermedad*”. <https://ifdcsanluis-slu.infed.edu.ar/sitio/material-de-estudio-del-ano-2013/upload/Concepto%20de%20Salud%20y%20Enfermedad.pdf>
- García, J. (2009). *Caminos de la reflexión La teoría Orteguiana de las ideas y las creencias en el contexto de la escuela* de Madrid. España: Biblioteca Nueva
- García-Bellido, R., González, J. y Jornet, J.M. (2010). *SPSS: Análisis De Fiabilidad* [material de apoyo académico]. Grupo de educación educativa. Universitat de València.
https://www.uv.es/innomide/spss/SPSS/SPSS_0801B.pdf
- García-Galló GJ. (1987). *Como abordar y resolver los problemas filosóficos en las ciencias particulares*. En: *Filosofía y medicina*. La Habana: Editorial Ciencias Sociales.
- Gillum RF (1987) *Pulmonary embolism and thrombophlebitis in the United States, 1970-1985*. *Am Heart J* 1987;114:1262-4
- Gollwitzer, PM y Bargh, JA (Eds.).(1996).*La psicología de la acción: vinculando la cognición y la motivación con el comportamiento*.Nueva York: Guilford Press

- Gómez Mengelberg, E. (2009) *Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de da a través de los documentos de la OMS. TOG (A Coruña)* [revista en Internet]. 6(9): consulta 05/01/2022. Disponible en: <https://www.revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf>.
- González, T (2004) *Las Creencias Religiosas Y Su Relación Con El Proceso Salud- Enfermedad- Atención.* Revista Electrónica De Psicología Iztacala, 7(2): 19-29. <Http://Www.Iztacala.Unam.Mx/Carreras/Psicologia/Psiclin/2004-2b/Vol7no2art2.Pdf>
- Hamui, L. (2009) *Religión, Enfermedad Y Familia.* Historia De Medicina Y Epistemología Médica, 1(1) [Disponible En: <Http://Www.Fmv-Uba.Org.Ar/Histomedicina/index1024x768.htm>]
- Heider, F. (1946) *Attitudes and cognitive organization.* [Journal 01 Psychology, 1946, 21, 107-112.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations.* Wiley.
- Hill, P.C., Pargament, K.I., Hood, R.W., McCullough, M.E., Swyers, J.P., Larson, D.B. & Zinbauer, B. (2000). *Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure.* Journal for the Theory of Social Behavior, 30, 52-77.
- Katz, D.(1960) *The functional approach to the study of attitudes.* Publis Opinion Quarterly, 1960, 24, 163-204.
- Koenig, H. (1998) *Handbook of Religión and Mental Health.* San Diego: Academic Press.
- Koenig, H. G. (2004). *Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice.* Southern Medical Journal, 97(12), 1194-1200. DOI <https://doi.org/10.1097/01.SMJ.0000146489.21837.CE>.
- Kruglanoski, A.W., Jasco, K. Milyasusky. M. Chemikova, M. Webber, D., Pierro, A. di Santo, D. (2018) Cognitive consistency theory in social psychology: A paradigm reconsidered. Psychological Inquiry. Vol. 29, n. 2 p.45-59 <https://doi.org/10.1080/1047540X.2018.1480619>.
- Lachica, F y Márquez A. (2020). *Infancias Encerradas Reporte del estado de Tlaxcala. Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México* <https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2020/09/Infancias-encerradas-Tlaxcala.pdf>

- Laurell, A.C. (1982) *La Salud-Enfermedad como proceso social*. Cuadernos Médico Sociales N° 19 - Enero De 1982. <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/02/Cuadernos-Medico-Sociales-19.pdf>
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer
- Lee, A.M., Wong, J., McAlonan, G.M., Cheung, V., Cheung, C.C, Sham, P., Chu, C., Wong, P., Tsang, K., & Chua, S.A, (2007). *Stress and Psychological Distress Among SARS Survivors 1 Year After the Outbreak*. The Canadian Journal of Psychiatry, 52 (4), 233-240. <https://doi.org/10.1177/070674370705200405>.
- Levin, J. (2010) *Religion and Mental Health: Theory and Research*. *Int. J. Appl. Psychoanal. Studies* <https://doi.org/10.1002/aps.240>.
- Li, S., Wan, Y., Xue, J., Zhao, N., & Zhu, T. (2020). *The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 2032. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062032>.
- Linares, S. (1995). *Conocimiento profesional del profesor de matemáticas: Conocimiento, creencias y contexto en relación a la noción de función*. Conferencia invitada en el IV Encuentro de Investigación en Educación Matemática, Luso, Portugal.
- Lu, R. et al. (2020) *Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding*. *Lancet* 395, 565–574. [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30251-8.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30251-8.pdf)
- Marín, M. & Martínez, R. (2015). *Introducción a la psicología social*. Ediciones Pirámide.
- McEachan, R. R., Conner, M., Taylor, N., y Lawton, R. J. (2011). *Prospective prediction of health-related behaviors with this Theory of Planned Behavior: A meta-analysis*. *Health Psychology Review*, 5, 97-144.
- Miller, G. A. (1981). *The constitutive problem of psychology*. En D. Leary (Ed.), *a century of psychology as a science (pp. 40-45)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., Ramnath, R. (2003) *Trastornos de la personalidad en de la vida moderna.*, 2ª edición. Barcelona: Editorial Masson & Elsevier.

- Miranda, S. (2021). *Disonancia cognitiva: Definición, efectos y ejemplos*.
<https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/psicologia>
- Morales, F., et al. (1996). *Procesos de atribución*. Mc Graw-Hill.
- Moreira-Almeida, A. (2013). *Religion and health: the more we know the more we need to know*. *World Psychiatry*, 12(1), 37-38. Doi: <https://doi.org/10.1002/wps.20009>.
- Moreno, E., Róales-Nieto, J. (2002). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 91-109.
<https://www.redalyc.org/pdf/560/56030105.pdf>
- NCI- National Cancer Institute (2021) COVID-19. *National Cancer Institute at the National Institutes of Health*, <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/covid-19>
- OMS – Organización Mundial de la Salud (2020) *Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Documentos Básicos 49.* ^a Edición. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-sp.pdf#page=1.
- OMS (2021) *Enfermedad por el coronavirus (COVID-19): Vacunas*
[https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccines?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=CjwKCAiAz--OBhBIEiwAG1rIOvtfJJIZtRDna_bF6TAC7wqxOImPmnKqN0VttR9JzdhaJEjJVJZBiBoC6wMQAvD_BwE](https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccines?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=CjwKCAiAz--OBhBIEiwAG1rIOvtfJJIZtRDna_bF6TAC7wqxOImPmnKqN0VttR9JzdhaJEjJVJZBiBoC6wMQAvD_BwE)
- OMS, (2019). *Introducción a la Comunicación Científica en Ciencias de la Salud – 2019*.
<https://www.campusvirtualsp.org/es/curso/comunicacion-cientifica-en-ciencias-de-la-salud-edicion-2019>
- OPS - Organización Panamericana de la Salud (2002) *Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, segunda edición*. Washington D.C.: OPS, OMS. Serie PALTEX para *Técnicos Medios y Auxiliares N° 24*). <https://www.paho.org/col/dmdocuments/MOPECE3.pdf>.

- Organización Mundial de la Salud, (OMS) (2021). *Promoción de la Salud*.
<https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>
- Osler, W. (1910). *The faith that heals*. *British Medical Journal*, 1(2581), 1470-1472. Doi:
<https://doi.org/10.1136/bmj.1.2581.1470>.
- Pajares, M. F. (1992). Teachers' Beliefs and Educational Research: Cleaning Up a Messy Construct. *Review of Educational Research*, 62(3), 307–332. <https://doi.org/10.3102/00346543062003307>
- Pargament (1997) *The Psychology of Religion and Coping*. Theory, research, practice. New York: The Guilford Press.
- Pargament, K. I., Brant, C. R. (1998) *Religion and Coping*. Handbook of Religion and Mental Health. pp. 111-128.
- Park, C. (2012). *Attending to the construct of beliefs in research on religion/spirituality and health: Commentary on 'Beyond belief'*. *Journal of Health Psychology*, vol. 17, no. 7, 969-973.
- Peña, A Paco, O (2002) *El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta*.
https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v63_n3/concepto_general_enfermedad.htm
- Peña, A. Paco, O. (2002) *El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta*. Primera parte *Anales de la Facultad de Medicina*, vol. 63, núm. 3, pp. 223-232 Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima, Perú Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37963308>
- Pepitone, A. (1991). *El mundo de las creencias: un análisis psicosocial*. *Revista de Psicología social y personalidad*, 7 (1), 61-79.
- Pérez-Gil, J., Chacón, S. y Moreno, R. (2000). Validez de constructo: el uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. *Psicothema*, 12(2),442-446.
<http://www.psicothema.com/pdf/601.pdf>
- Peterson, C.; McClellan, G. & Seligman, M. (1995). *Explanatory Style: History and Evolution of the Field*. En: *Explanatory Style* (pp. 1-20). New Jersey: Lawrence

- Presilla, A., Évora, M., Nosalbo, Y. (2012). Conductas autoritarias y de poder en la práctica médica. Consideraciones. *Rev Hum Med, Ciudad de Camaguey* , 2(12), p. 252-261. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202012000200008&lng=es&tlng=es.
- Putnam, H. (1957). Psychological Concepts, Explication, and Ordinary Language. *The Journal of Philosophy*, 54(4), 94–100. <https://doi.org/10.2307/2022497>
- Quintana, G. (1996). *La psicología de la personalidad y sus trastornos*. Madrid: Editorial CCS.
- Quintana, J. (2001). *Las Creencias y la Educación. Pedagogía Cosmovisiones*, España: Herder.
- Quintero, A. (2007). *Diccionario Especializado en Familia y Género*. Lumen-Hvmanitas.
- RAE – Real Academia Española (2022) *Diccionario de la lengua española* <https://dle.rae.es/salud?m=form> ç
- Raja Hernández, R. Gala León, F.J. González Infante, J.M. Lupiani Giménez, M. Guillén Gestoso, C. y Alba Sánchez, I. (2002) *Influencia de las creencias religiosas en las actitudes en el personal sanitario (P.S.) ante la muerte*. Cuadernos de Medicina Forense Nº 29 - Julio 2002. <https://scielo.isciii.es/pdf/cmfn29/original2.pdf>
- Sánchez-Talanquer, M González, E. Jaime Sepúlveda, P Abascal-Miguel, L. (2021). *La respuesta de México al Covid-19: Estudio de caso-* https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf
- Secretaría de Salud [SESA]. (2021). *Información de la vacuna*. <http://vacunacovid.gob.mx/wordpress/informacion-de-la-vacuna/>
- Sigerist H. Aguirre R (1946) *Civilización y Enfermedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Silva Bautista, J. Herrera Escobar, V. Corona Miranda, R. (2016). *El Origen De La Vida Y La Naturaleza Humana En Las Creencias De La Población En General*. European Scientific Journal November 2016 edition vol.12, No.32 ISSN: 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431. Doi: 10.19044/esj.2016.v12n32p1 U.

- Silvestri, G. A., Knittig, S., Zoller, J. S., et al. (2003). *Importance of faith on medical decisions regarding cancer care. Journal of Clinical Oncology*, 21(7), 1379-1382. DOI: <https://doi.org/10.1200/JCO.2003.08.036>.
- Spicker SF. (1897) *An introduction to the medical epistemology of Georges Canguilhem: moving beyond Michel Foucault*. *J Med Philos* 1987; 12: 397-411.
- Temple L. (2001) *Defining disease in the genomic era. Science* 2001; 293: 807-8.
- Terris, M. (1994). *La epidemiología y la Salud Pública: orígenes e impacto de la segunda revolución epidemiológica*. *Rev. San. Hig. Pub.*; 68: 5-10. https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VO_L68/68_m_005.pdf.
- Thurstone, L.L. (1931). The Measurement of Social Attitudes. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 26, 249-269. <http://dx.doi.org/10.1037/h0070363>
- Udías, A. (2010) *Ciencia y Religión, Dos Visiones del Mundo*, (Santander: Sal Terrae, 2010) <https://kupdf.net/downloadFile/5b4629a3e2b6f5346512cb36>.
- UNESCO; (2021). *La ciencia al servicio de la sociedad* <https://es.unesco.org/themes/ciencia-al-servicio-sociedad>
- Valenzuela Contreras, L. M. (2016) *La salud, desde una perspectiva integral. Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte*. Año 9, Nº 9, Noviembre de 2016. Montevideo (Uruguay). p. 50 - 59. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6070681.pdf>.
- Valín, J. A. (2021). *La Ciencia médica y el concepto de enfermedad: “Una segunda era Pasteur”*. *Antropología Experimental*, (21), 303–316. <https://doi.org/10.17561/rae.v21.5834>
- Van Kampen, H. (2019). *The Principle of consistency and the cause and function of behaviour. Behavioural Processes*, 159; 42-54. <https://doi.org/10.1016/j.beproc.2018.12.013>:
- Vega-Franco L. (2002) *Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud: reseña histórica*. *Salud pública México* [revista en la Internet]. 2002 Jun 44(3): 258-265. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000300010&lng=es

- Villalba, J. (2012). El Derecho al Nombre de las Confesiones Religiosas (The Right to Religious Confession Name). *La Propiedad Inmaterial*, 16, p. 77-95.
- Villoro L. (2007) *Creer, saber, conocer*, México; México: Siglo XXI, En: Ortiz-Millán G. Una definición muy general. Un comentario a la definición de Creencia de Villoro. Universidad Autónoma Metropolitana: Signos Filosóficos. 2007; IX: 181-9.
- Villoro, L. (1982). *Creer, saber, conocer*. Ed. Siglo XXI.
- Villoro, L. (2008). *Creer, saber, conocer* (18ª. ed.). Siglo XXI.
- Wienke A, Arbeev KG, Locatelli I, Yashin AI. (2005) *A comparison of different bivariate correlated frailty models and estimation strategies*. *Math Biosci*; 198:1-13. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mbs.2004.11.010>.
- Wu, F. et al. (2020) *A new coronavirus associated with human respiratory disease in China*. *Nature* **579**, 265–269 <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2008-3.pdf>.
- Yoffe, L (2002) *El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales*. Revista Psicodebate 3. Psicología, Cultura y Sociedad. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad de Palermo.
- Yoffe, L. (2006) *Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos*. <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2012.pdf>
- Young, K. y Flügel, J.C. (1967) *Psicología de las Actitudes*” Buenos Aires Argentina–Paidós.
- Zhou, P. et al. (2020) *A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin*. *Nature* 579, 270–273. doi: <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7>.

ANEXOS

ANEXO I



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



PSICOLOGÍA

INSTRUMENTO DE CREENCIAS

Los datos obtenidos a través de este instrumento serán tratados de manera anónima y confidencial, de uso estrictamente académico.

Sexo: Mujer () Estado civil: Soltero () Institución médica: Privada () Profesión: Médico () Edad: _____
Hombre () Casado () Pública () Enfermera (o) ()

INSTRUCCIONES: Lee detenidamente cada uno de los reactivos que se presentan a continuación, y marca con una “X” la respuesta con la que más te identifiques. Recuerda que no hay respuestas correctas e incorrectas.

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo Totalmente de acuerdo

No.	Reactivo	Escala				
		1	2	3	4	5
1.	Creer en Dios preserva la salud humana.					
2.	Creo que la enfermedad es sólo una alteración del funcionamiento vital del organismo humano.					
3.	Creo que los videos de contenido medico en internet difunden información falsa sobre la salud.					
4.	Creo que las personas se enferman por falta de fe en Dios.					
5.	La salud se refiere únicamente a superar una dificultad orgánica.					
6.	Creo que las vacunas contra la COVID-19 son el máximo avance científico del siglo XXI.					
7.	Las personas misericordiosas son dignas de gozar salud.					
8.	Creo que la salud es el mantenimiento de la homeostasis del cuerpo humano					
9.	Creo que la creación de la vacuna contra la COVID-19 generó nuevas expectativas en la sociedad en los avances científicos.					
10.	Creo que las medidas preventivas de cuidado a la salud son la modificación de conductas de riesgo para evitar enfermedades en los humanos.					
11.	Creo que las personas se enferman porque se sienten superiores a Dios.					
12.	Creo que la hipnosis condiciona al cuerpo humano a evitar todo tipo de enfermedades futuras.					
13.	Creo que la salud es tener el alma llena de fe.					
14.	Creo que la comunidad científica es la única que resuelve incógnitas sobre la salud humana.					
15.	Creo que las vacunas contra la COVID-19 fueron un accidente de laboratorio.					
16.	Creo que la salud es un balance dinámico del organismo en virtud de lograr bienestar.					
17.	Creo que la aplicación de las vacunas contra la COVID-19 quebranta la fe en Dios.					
18.	Creo que las vacunas contra la COVID-19 se crearon con sangre de murciélago.					

19.	Creo que únicamente la comunidad científica provee de conocimientos a la humanidad sobre temas relacionados a la salud.					
20.	Creo que solo Dios puede colmar de salud al humano.					
21.	Considero que la acupuntura es la única que libera el organismo humano de enfermedades dolorosas.					
22.	Creo que el estar sano es estar bien con Dios.					
23.	La limpia tradicional es el único recurso para sanar a las personas enfermas.					
24.	Creo que los blogs de contenido relacionado a la salud en internet ofrecen únicamente mitos sobre la misma.					
25.	Considero que Dios dotó de inteligencia al humano al crear las vacunas contra la COVID-19.					
26.	Creo que los blogs de contenido relacionado a la salud en internet ofrecen únicamente mitos sobre la misma.					
27.	Creo que las revistas científicas son las únicas que contribuyen a mejorar las condiciones de vida saludable de la humanidad.					
28.	Creo que la enfermedad es consecuencia de la rebelión de Adán y Eva contra Dios.					
29.	Considero que las vacunas contra la COVID-19 se crearon a través de la misericordia divina.					
30.	Considero que la información de las revistas científicas son las únicas que ayudan a cuidar la salud del ser humano.					
31.	Creo que las medidas preventivas de cuidado a la salud reducen los factores de riesgo de enfermarse.					
32.	Creo que la enfermedad es una señal del poder de Dios sobre la humanidad.					
33.	La aplicación de las vacunas contra la COVID-19 representan una alteración al orden espiritual del cuerpo humano.					
34.	Para mí, el Reiki es la terapia que alivia de forma integral las enfermedades en las personas.					
35.	Considero que la enfermedad es exclusivamente el deterioro del organismo humano.					

ANEXO II



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



PSICOLOGÍA

INSTRUMENTO DE ACTITUDES

Los datos obtenidos a través de este instrumento serán tratados de manera anónima y confidencial, de uso estrictamente académico.

Sexo: Mujer () Estado civil: Soltero () Institución médica: Privada () Profesión: Médico () Edad: _____
 Hombre () Casado () Pública () Enfermera (o) ()

INSTRUCCIONES: Lee detenidamente cada uno de los reactivos que se presentan a continuación, y marca con una “X” la respuesta con la que más te identifiques. Recuerda que no hay respuestas correctas e incorrectas.

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

No.	Reactivo	Escala				
		1	2	3	4	5
1.	Al cocinar mi propia comida cuido mi salud.					
2.	Para restablecer mi salud ante una enfermedad solo acudo al médico.					
3.	Enfrento una enfermedad siguiendo al pie de la letra las instrucciones del médico.					
4.	Me vacuné contra la COVID-19 sabiendo que fortalece mi sistema ante el SARS-CoV-2.					
5.	Evito vacunar a mis pacientes contra la COVID-19 con diagnóstico de enfermedades respiratorias crónicas.					
6.	Cuido mi salud al solo comer verduras orgánicas.					
7.	Evito vacunar a mis pacientes contra la COVID-19 con diagnóstico de diabetes.					
8.	Fortalezco mi sangre tomando hierro.					
9.	Evito agravar una enfermedad hidratándome todo el tiempo.					
10.	Me vacune contra la COVID-19 con la finalidad de evitar contagiarme.					
11.	Evito enfermedades musculares siendo sedentario					
12.	Me automedico ante una enfermedad porque tengo el conocimiento de las dosis médicas.					
13.	Evito aplicar en mis pacientes la vacuna de Sinovac porque genera miocarditis a largo plazo.					
14.	Saludo de codo si estoy enfermo de gripa.					
15.	Para guardar energía ante una enfermedad prefiero ser sedentario.					
16.	Consumo medicina herbolaria como primera alternativa ante una enfermedad.					
17.	Me vacuné contra la COVID-19 porque es obligatorio en mi trabajo.					
18.	Evito salir con amigos cuando estoy enfermo.					
19.	Acudo a diferentes especialistas cuando estoy enfermo.					
20.	Tomo el medicamento a la hora exacta cuando estoy enfermo.					
21.	Me vacuné contra la COVID-19 por que pertenezco al sector salud.					

22.	Tomo medicamento antes recetado cuando me enfermo de lo mismo.					
23.	Me vacuné contra la COVID-19 con la finalidad de trabajar sin preocupaciones de contraer el virus SARS-CoV-2.					
24.	Cuando me fatigo acudo a sesiones de reiki.					
25.	Consumo remedios caseros para mantener mi cuerpo saludable.					
26.	Fortalezco mis huesos tomando ácido fólico.					
27.	Solo consumo medicina natural para curar enfermedades virales.					
28.	Aplico cuarentena cada vez que enfermo gravemente.					
29.	Evito aplicar la vacuna AstraZeneca con mis pacientes porque generan coagulaciones sanguíneas.					
30.	Acudo a mis citas médicas programadas con la finalidad de saber mi estado de salud.					

