



REVISIÓN

Disponible en:

www.revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx

MODELO DE CREENCIAS DE SALUD EN PERSONAS SANAS O ENFERMAS: UNA REVISIÓN SISTEMATIZADA

HEALTH BELIEF MODEL APPLIED TO HEALTHY OR SICK PERSONS: A SYSTEMATIC REVIEW

¹José Manuel Torres Martínez.

¹ *Enfermero del Departamento de Investigación en Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Ciudad de México, México.*

Recibido el 23 de abril de 2021; aceptado el 15 de junio de 2021

RESUMEN

Introducción: El Modelo de Creencias en Salud (MCS) o Health Belief Model (HBM) por sus siglas en inglés fue desarrollado en los años 50's por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano. En la actualidad se adaptó para tratar de explicar una variedad de conductas relacionadas con la salud (estilos de vida).

Objetivos: describir la evidencia clínica disponible sobre el Modelo de Creencias de Salud en personas sanas o enfermas.

Metodología: Revisión sistematizada con metodología integradora. Pasos de la Enfermería Basada en Evidencia: pregunta clínica; descriptores en ciencias de la salud; Modelo de Creencias de Salud, pacientes en español, inglés y portugués; búsqueda de evidencia científica (LILACS, CUIDEN, SciELO, PubMed y compendio Biblioteca UNAM), artículos completos publicados del 2015 al 2020; lectura y evaluación de la evidencia científica.

Resultados: Se encontraron 20 artículos. Prevalcieron los estudios descriptivos con nivel de evidencia III y grado de recomendación C, publicados en países latinoamericanos del área médica. Se identificaron 4 categorías: Componentes, áreas de conocimiento, uso del modelo, características del instrumento; validación, dimensiones y limitantes.

Conclusión: Es necesario utilizar el MCS en la población sana o enferma abarcando a jóvenes hasta adultos mayores, con el fin de identificar sus prácticas y creencias que influyen en sus estilos de vida. De este modo, se busca crear nuevas estrategias para fomentar estilos de vida saludables, con el único objetivo de reducir consecuencias en la calidad de vida de las personas

Palabras claves: *Modelo de Creencias de Salud, Pacientes*

Dirección para correspondencia:

José Manuel Torres Martínez.

Juan Badiano 1, Colonia. Belisario Domínguez-Sección XVI,

Alcaldía de Tlalpan, Ciudad de México. Código postal 14080. Teléfono. 5573 2911

Ext. 23300. Correo electrónico: manuel1705@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: The Health Belief Model (HBM) was developed in the 50's by a group of specialists in social psychology from the U.S. Department of Public Health. Today it was adapted to try to explain a variety of health-related behaviors (lifestyles).

Objectives: To describe the available clinical evidence on the Health Belief Model in healthy or sick people.

Methodology: Systematized review with integrative methodology. Steps of Evidence-Based Nursing: clinical question; descriptors in health sciences; Health Belief Model, patients in Spanish, English and Portuguese; search for scientific evidence (LILACS, CUIDEN, SciELO, PubMed and UNAM Library compendium), complete articles published from 2015 to 2020; reading and evaluating scientific evidence.

Results: We found 20 articles. Descriptive studies with evidence level III and recommendation grade C, published in Latin American countries in the medical area, prevailed. 4 categories were identified: Components, areas of knowledge, use of the model, characteristics of the instrument; validation, dimensions and limitations.

Conclusion: It is necessary to use the HBM in the healthy or sick population, ranging from young people to older adults, in order to identify their practices and beliefs that influence their lifestyles. In this way, it seeks to create new strategies to promote healthy lifestyles, with the sole objective of reducing consequences on the quality of life of people.

Key words: *Health Belief Model, Patients*

INTRODUCCIÓN

El Modelo de Creencias en Salud (MCS) o Health Belief Model (HBM) por sus siglas en inglés fue desarrollado en los años 50's por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano, con la intención de explicar por qué las personas no participan en programas preventivos de salud pública.¹

De acuerdo con este modelo, las creencias, la vulnerabilidad y la acción a implementar conlleva más beneficios que costos personales, favorecen la conservación y mejoramiento de la salud, la evitación de conductas de riesgo, la prevención de las enfermedades y lo que en general puede denominarse la adopción de estilos de vida saludables. Posteriormente, se adaptó para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento de pacientes con los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, las recomendaciones médicas, la práctica de autoexploraciones y el consumo de tabaco. En la actualidad se adaptó para tratar de explicar una variedad de conductas relacionadas con la salud (estilos de vida)².

Este modelo, a su vez, es uno de los más utilizadas en promoción de la salud que incluye un importante componente cognitivo/perceptivo³ y plantea varios aspectos relacionados con los estilos de vida, tales como: las creencias sobre la importancia o gravedad de un determinado problema de salud, la vulnerabilidad que existe frente a ese problema, el análisis costo-beneficio y el sentido de autoeficacia de cómo actúa para favorecer la conservación y mejoría de la salud y con ello evitar conductas de riesgo, así como, la prevención de las enfermedades. También, el MCS se ha utilizado en personas con enfermedades crónicas degenerativas, con tuberculosis, hombres fumadores, personas sanas (hombres y mujeres), estudiantes universitarios, enfermeras y enfermeros, así como, en cuidadores de pacientes oncológicos en fase avanzada. En otras palabras, puede decirse que la finalidad del MCS es identificar la adopción de estilos de vida saludables.

El estilo de vida se ha definido como el conjunto de pautas y hábitos de comportamiento cotidianos de una persona y aquellos patrones de conducta individuales que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza.⁴

Por consiguiente, este modelo puede ser adaptado a todo tipo de patologías, por ejemplo, en pacientes con afecciones cardiovasculares que consumen anticoagulantes orales tales como: cardiopatías congénitas, isquémicas, cambios valvulares, arritmias, accidentes cerebrovasculares y aquellos que tienen riesgo trombótico. Sin embargo, existe un conocimiento limitado del MCS, de la misma forma no se encuentra evidencia actualizada disponible acerca del mismo, por lo tanto, es necesario que se investigue acerca de este tópico de interés para ofrecer estrategias que ayuden a las personas a mantener un estilo de vida saludable con ellos se evitaren futuras complicaciones sobre su calidad de vida.

El objetivo del presente estudio fue describir la evidencia clínica disponible sobre el Modelo de Creencias de Salud en personas sanas o enfermas.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistematizada con metodología integradora, siguiendo el proceso secuencial de la En-

fermería Basada en la Evidencia (EBE)⁵: selección de tema, elaboración del cuestionamiento clínico, búsqueda de la evidencia científica disponible, además de integración y análisis de la información obtenida. La pregunta clínica para guiar este estudio fue ¿cuál ha sido la utilidad del Modelo de Creencias de Salud en personas sanas o enfermas? A partir de esta se seleccionaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): “Modelo de Creencias de Salud”, “Pacientes”, además de los términos Medical Subject Headings (MeSH): “Health belief model” y “Patient” en los idiomas español, inglés y portugués. Para ampliar la búsqueda se utilizó el operador booleano “AND”. Se generó un algoritmo de búsqueda incluyendo solo artículos en texto completos publicados entre enero del 2015 a agosto del 2020 y se excluyeron artículos escritos en otros idiomas, repetidos y aquellos que no contaron con el texto completo.

Los documentos fueron extraídos de las bases de datos LILACS, CUIDEN, Scielo, PubMed y del compendio Biblioteca UNAM; así mismo, se realizó una búsqueda manual para la localización de evidencia potencialmente relevante. Para el análisis global de los artículos se utilizaron las Guías CASPe⁶, el análisis de datos a profundidad se realizó con la ayuda de tablas de evidencia, constituidas por las variables: autor, país, idioma, área de conocimiento tipo y diseño de estudio, muestra (intervalo de confianza, poder), criterios de selección, intervención, nivel de evidencia, grado de recomendación, resultados y conclusión. Para determinar el nivel de evidencia y grado de recomendación, se consideró la escala propuesta por la US Agency for Health care Research and Quality con modificación del grado de recomendación hecho por SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network).⁷ El análisis a profundidad descrito por Berensol⁸ permitió la construcción de un concepto central y categorías.

RESULTADOS

Con base en el proceso de revisión sistematizada se lograron identificar 70,363 artículos; no obstante, solo 13 cumplieron con los criterios de selección, mismos que constituyen el cuerpo de este estudio,⁹⁻²¹ a su vez, se eliminaron 6 artículos por no contar con texto completo (Figura 1).

La revista con mayor prevalencia fue PLoS ONE con 2 artículos, la base de datos donde se encontraron más artículos fue CUIDEN con 4, ya que en LILACS y PubMed se encontraron 3 en cada una respectivamente, en Scielo solo se encontraron 2 y en el compendio Biblioteca UNAM 1. Con relación al área de conocimiento, el 50% de la evidencia encontrada ha sido generada por el área médica. El idioma español fue predominante en el 41.6% y con solo un 25% en idioma portugués. Brasil fue el país con más publicaciones referente a este tema (25%), seguido de México y Etiopía (16.6%), asimismo, existe una minoría en países como Colombia, Cuba, Chile y Malasia (8.3%) (Cuadro I). Prevalcieron los estudios de tipo descriptivo con un nivel de evidencia III y grado de recomendación C (58.3%), seguido de estudios de cohorte (16.6%), ensayo clínico aleatorizado, casos y controles,

revisión sistematizada, con un 8.3% respectivamente. El instrumento que más ha sido utilizado, en el 58.3% de los estudios, es el Cuestionario de prácticas y creencias sobre el estilo de vida que es de origen colombiano. A la vez, existen estudios donde adaptan este cuestionario en el 25% en los países como Brasil y México. Por otra parte, se encuentran estudios donde validan un nuevo instrumento en los países de Malasia y México basado en el Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de

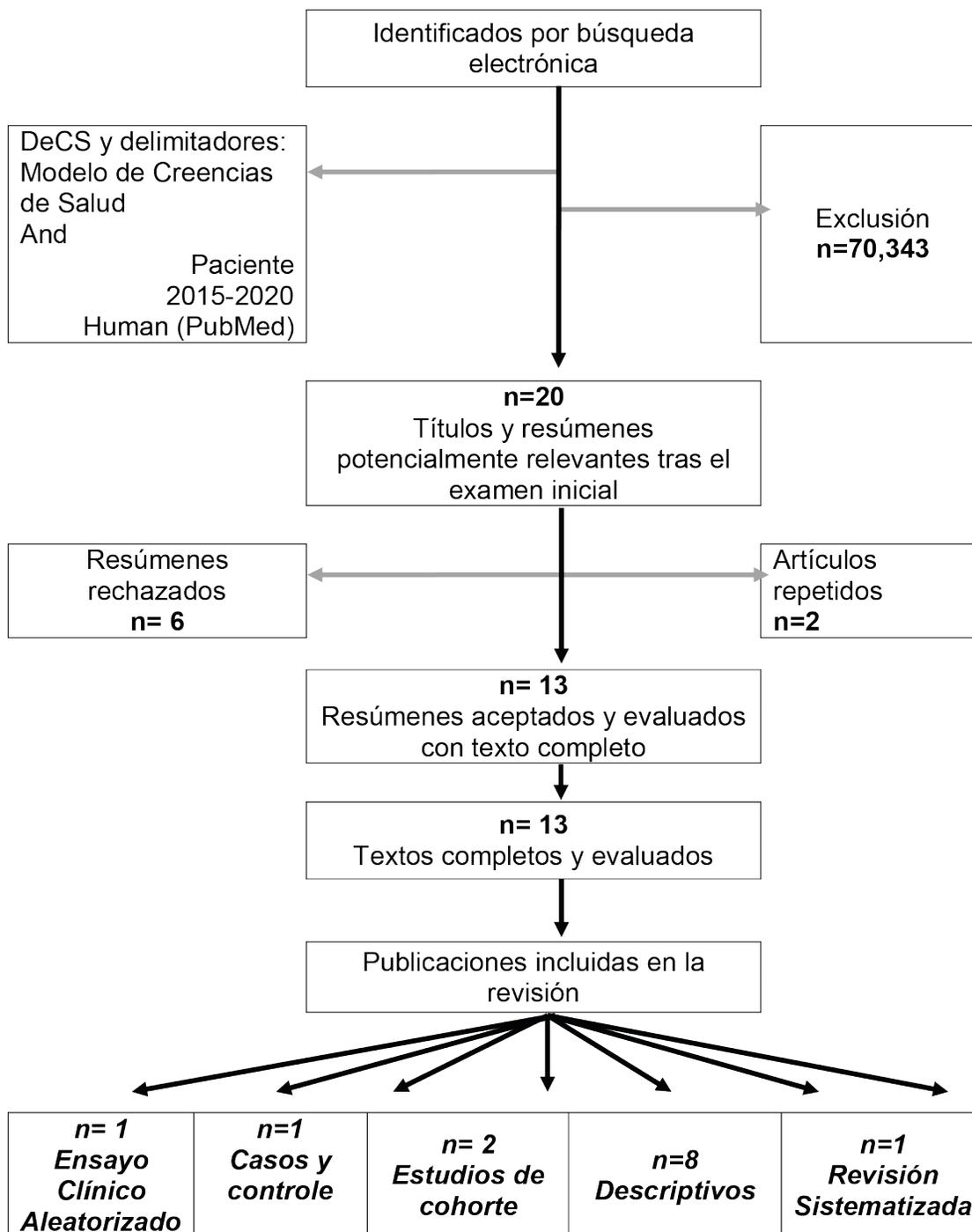
vida (16.6%) (Cuadro II).

A partir del análisis del contenido a profundidad descrito por Berenson, se incluyen: componentes, área de conocimiento, usos del modelo, características del instrumento; validez, dimensiones y limitantes (Figura 2).

Componentes

La percepción de amenazas sobre la propia salud se

Figura 1. Algoritmo de búsqueda sobre evidencia científica relacionada al Modelo de Creencias de Salud en personas sanas y enfermas.



Cuadro I. Revistas en dónde se encontró la utilización del Modelo de Creencias de Salud.

| REVISTA | BASE DE DATOS/COMPENDIO | PAÍS | IDIOMA | ÁREA DEL CONOCIMIENTO |
|---------------------------------|-------------------------|----------|-----------|-----------------------|
| Rev Salud Pública Col. (1) | LILACS | Colombia | Español | Psicología |
| Rev MediSur. (1) | LILACS | Cuba | Español | Medicina |
| Rev Enferm Cent O Min. (1) | LILACS | Brasil | Portugués | Enfermería |
| Acta de Inv psicol. (1) | CUIDEN | México | Español | Psicología |
| PLoS ONE.** (2) | CUIDEN | Etiopia | Inglés | Medicina |
| Rev Saude Publica. (1) | CUIDEN | Brasil | Portugués | Psicología |
| Rev Enf Cardiol. (1) | CUIDEN | México | Español | Enfermería |
| J Cancer Educ. (1) | PUBMED | Irán | Inglés | Medicina |
| Asian Pac J Cancer Prev. (1) | PUBMED | Asia | Inglés | Medicina |
| Rev Salud Pública Mex. (1) | SciELO | México | Español | Sociología |
| Rev Enferm UERJ. (1) | SciELO | Brasil | Portugués | Enfermería |
| Rev Chil Obstet Ginecol. (1) | BIBLIOTECA UNAM | Chile | Español | Medicina |

encuentra determinada por los valores generales sobre la salud, es decir, las prácticas y creencias específicas sobre la propia vulnerabilidad ante la enfermedad (percepción de vulnerabilidad) y las creencias sobre la gravedad de la enfermedad (percepción de gravedad). Por su parte, las creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza se encuentran en función de la percepción sobre la eficacia de las medidas concretas para reducir las amenazas y la convicción de que los beneficios de la medida superan los costos (percepción de beneficios y barreras para la acción). Para completar este modelo, es importante mencionar los estímulos discriminativos internos o externos, que se constituyen en claves para actuar. Un estímulo interno puede ser el síntoma de alguna enfermedad, mientras que un estímulo externo puede ser una campaña acerca de la promoción en salud o las interacciones sociales con amigos afectados por alguna enfermedad (influencias personales o institucionales).³

Por otra parte, Calderón y cols.¹⁸ realizó un análisis factorial confirmatorio para evaluar la validez convergente y discriminante de cinco componentes: barreras y beneficios, severidad y susceptibilidad, autoeficacia. Los reactivos muestran correlaciones altas con las dimensiones para las que fueron creados y de la misma forma, no muestran correlaciones altas hacia otros factores. Así, los cinco reactivos propuestos para cada dimensión convergieron en el mismo factor, lo que confirmó que la escala cuenta con validez por convergencia y por discriminación.

Adicionalmente, el concepto de autoeficacia ha sido adherido a algunas versiones del MCS, sugiriendo que es útil para entender comportamientos relacionados con el cuidado de la enfermedad crónica que requiere cambios del comportamiento en un largo período de tiempo³ (Figura 3).

Área de conocimiento

En la literatura se encontró que el MCS es aplicado por profesionales de la salud en sus distintas profesiones por ejemplo medicina^{10,13,15-17,21} psicología^{9,12,14} y enfermería^{11,19,20}. También, se ha aplicado este modelo en ciencias sociales como en el área de sociología¹⁸, cabe mencionar que este modelo fue diseñado para observar el comportamiento de las personas relacionado con sus prácticas y creencias como factor principal, con esto se analizarían los estilos de vida de las personas sanas o enfermas.

Uso del Modelo

A través del tiempo se ha visto que el MCS es muy flexible ya que en los últimos años su utilidad ha sido bastante amplia para analizar los estilos de vida, tanto en hombres y mujeres sanos^{14,15,17,19}, jóvenes universitarios^{12,19}, hombres fumadores⁶, personas con enfermedades crónicas degenerativas^{18,20} e infecciosas¹³, enfermeras o enfermeros¹¹ y en cuidadores primarios de pacientes con enfermedades oncológicas en fase avanzada¹⁰. De la misma manera, existen más grupos poblacionales pero son artículos con más de 5 años de antigüedad. Por último, se encontró una revisión sistematizada.²¹

A su vez este modelo puede adaptarse a las necesidades de los sujetos de investigación cómo lo describe Reyna y cols.¹⁰, donde adaptaron el modelo en cuidadores de pacientes oncológicos en fase avanzada donde se elaboró una adaptación atendiendo a las dimensiones del MCS (vulnerabilidad percibida, gravedad percibida, beneficios percibidos y barreras percibidas) donde el diseño de sus preguntas estuvo acorde a los aspectos teóricos del modelo, a su vez Juárez-García y cols.,¹² también,

Cuadro II. Síntesis de la evidencia científica relacionada con el Modelo de Creencias de Salud.

| Autor | País | Idioma | Tipo y diseño | Muestra | Instrumento | NE/GR |
|-------------------------|----------|-----------|--------------------------------|--|---|-------|
| Gómez-Acosta | Colombia | Español | Observacional Prospectivo | n= 570 estudiantes universitarios. | Inventario de Salud Mental Positiva. Cuestionario de formas de afrontamiento. Escala general de Autoeficacia. Cuestionario de prácticas y creencias sobre el estilo de vida. | III/C |
| Reina | Cuba | Español | Cohorte | n =10 cuidadores de pacientes con enfermedades oncológicas en fase avanzada. | Adaptación de Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida. | IIb/B |
| Malaguti-Toffano | Brasil | Portugués | Observacional Prospectivo | n= 27 enfermeras y enfermeros. | Cuestionario de prácticas y creencias sobre el estilo de vida. | III/C |
| Juarez-García | México | Español | Transversal y descriptivo | n= 999 estudiantes universitarios. | Adaptación de Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida. | III/C |
| Tola | Etiopía | Inglés | Ensayo Clínico Aleatorizado | n= 698 pacientes con tuberculosis. | Adherencia terapéutica Cuestionario de prácticas y creencias sobre el estilo de vida. | Ib/A |
| Costa | Brasil | Portugués | Transversal, descriptivo | n=276 personas sanas. | Adaptación del Cuestionario de prácticas y creencias sobre el estilo de vida. | III/C |
| Bayu | Etiopía | Inglés | Descriptivo Transversal. | n= 1286 mujeres sanas. | Cuestionario de prácticas y creencias sobre el estilo de vida. | III/C |
| Jeihooni | Irán | Inglés | Cuasi experimental | n= 200 hombres fumadores. | Cuestionario de prácticas y creencias sobre el estilo de vida. | IIb/B |
| Norfaraha | Malasia | Inglés | Descriptivo Transversal | n=102 mujeres sanas. | Validación del Instrumento Modelo de creencias en salud (HBM) con un enfoque en el autoexamen de mama (BSE). | III/C |
| Calderón | México | Español | Descriptivo Longitudinal. | n= 26, 26, 35 Adolescentes y jóvenes con diabetes mellitus tipo 1. | Validación de Escala de creencias de salud en diabetes tipo 1 para el contexto mexicano. | III/C |
| Russo | Brasil | Portugués | Casos y Controles | n= 640 mujeres sanas. | Cuestionario de prácticas y creencias sobre el estilo de vida. | IIb/B |
| Concha | Chile | Español | Revisión sistematizada | n= 45 artículos. | Cuestionario de prácticas y creencias sobre el estilo de vida. | IV/C |
| Cadena-Estrada | México | Español | Descriptivo, Longitudinal | n=83 pacientes adultos con cardiopatía isquémica | Cuestionario de prácticas y creencias sobre el estilo de vida. | III/C |

hicieron lo mismo pero en jóvenes universitarios donde en el análisis factorial exploratorio se obtuvieron seis factores de acuerdo con lo planteado con la escala original. Las escalas de seriedad, beneficios y barreras percibidas, así como, la de autoeficacia y motivación para la salud obtuvieron los criterios necesarios para considerarse como medidas del Modelo de Creencias de Salud con validez y confiabilidad. Por último, Costa y cols¹⁴ lo acoplaron en personas sanas hombres y mujeres donde el cuestionario constaba de susceptibilidad percibida, severidad, beneficios y barreras; contenían cinco preguntas cada uno, además de cuatro preguntas adicionales sobre conductas y actitudes dirigidas a mejorar la salud, lo que llamamos motivación pro-salud.

Características del instrumento

El Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida fue validado a partir de dos fuentes: el primero fue validación por jueces, para lo cual se seleccionaron expertos en el campo de psicología clínica y de la salud, quienes evaluaron el instrumento, teniendo en cuenta la pertinencia, suficiencia y redacción de cada uno de los ítems y una prueba piloto a partir de las recomendaciones de los jueces. Está constituido por 116 ítems dividido en dos subsecciones; la primera es acerca de prácticas de salud donde se encuentran 69 preguntas con una escala de respuesta tipo Likert donde 1=Nunca a 4=Siempre, donde a mayor puntaje prácticas muy saludables y por el contrario poco saludables. La segunda parte es acerca de las creencias de salud donde está constituido por 47 preguntas con una escala de respuesta tipo Likert donde 1=Totalmente desacuerdo a 4=Totalmente de acuerdo, donde a mayor puntaje creencias muy saludables y viceversa, la suma de los 116 ítems deberá dar un puntaje final donde a menor puntaje estilos de vida poco saludable y a mayor puntaje estilos de vida muy saludables.

El segundo fue por validez interna con un alfa de Cronbach 0.83, medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) 0.85, Chi-cuadrado aproximadamente 34584.666 y significancia estadística 0.00. Este instrumento ha sido aplicado en varios países de Latinoamérica como es el caso de Colombia⁹, Chile²¹, México^{12,18,20}, Cuba¹⁰ y Brasil^{11,14,19}. De la misma forma también en países de Asia como Irán¹⁶, Malasia¹⁷ y África Etiopía^{13,15}.

También existen estudios donde validan un nuevo instrumento basándose en el MCS tal es el caso de Norfarriha y cols.,¹⁷ donde el análisis factorial reveló nueve factores exploratorios: autoeficacia de la mamografía, barreras percibidas de la autoexploración de mama y la mamografía, susceptibilidad percibida del cáncer de mama, gravedad percibida del cáncer de mama, señales de acción para el cribado de la mamografía, beneficios percibidos de la autoexploración de mama, motivación para la salud, beneficios percibidos de la mamografía y autoeficacia de la autoexploración. Los nueve factores tienen una buena coherencia interna con un alfa de Cronbach óptimo para cada ítem, la escala también mostró una buena validez convergente y discriminante.

Las dimensiones que construyen el instrumento son producto de aspectos personales, ambientales y sociales, que emergen no únicamente del presente, sino también de la historia personal del sujeto. Se refieren a formas cotidianas de vivir que aplican para las distintas esferas o áreas de funcionamiento del campo vital de una persona, satisfaciendo adecuadamente las propias necesidades y optimizando su calidad de vida.⁴ Incluyen entre otros la instauración y el aumento o disminución de comportamientos relacionados:

- La condición y actividad física.^{9,11,13,16,19,20,21}
- Los hábitos alimenticios.^{9,11,13,16,19,20,21}
- El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.^{9,11,13,16,19,20,21}
- La recreación y el manejo del tiempo libre.^{9,11,13,16,19,20,21}
- El autocuidado y cuidado médico.^{9,11,13,16,19,20,21}
- El sueño.^{9,11,13,16,19,20,21}

Las limitantes de este modelo son demasiado racionalista y se ha encontrado que muchas veces el sujeto no se comporta de forma consistente con sus creencias. El hecho de considerar que la percepción de riesgo es un acto individual que se desprende de la percepción de susceptibilidad de la enfermedad, no permite considerar la influencia de elementos sociales más objetivos derivados de ambientes en los que el sujeto está inmerso.³ El modelo resta importancia al elemento emocional individual y social suscitado ante determinada enfermedad.

DISCUSIÓN

Para el profesional de enfermería, es de suma importancia conocer acerca del MCS, debido a que si se utiliza de forma correcta puede identificar si los estilos de vida de una persona son saludables o no, con ello puede hacer varias estrategias basadas en sus competencias y actitudes para mejorar los hábitos alimenticios, descanso y sueño, fomentar la actividad física, mejorar el autocuidado, hablar sobre las consecuencias en abuso de sustancias tóxicas para el organismo como lo es el alcohol, el cigarro y otras drogas.

Se ha observado que las percepciones individuales como la vulnerabilidad y gravedad tiene un impacto en la conducta previa del individuo, además, las variables demográficas como: sexo, edad, lugar de residencia, accesos a los servicios de salud y psicosociales entre ellas, la red de apoyo, incertidumbre, adaptación y afrontamiento respecto a la enfermedad que padece el sujeto, así como, el nivel socioeconómico y educativo, sin olvidar, las influencias personales e institucionales, son capaces de repercutir de forma negativa en la percepción de amenazas del individuo, pero al mismo tiempo los estímulos internos o externos, la percepción de beneficios, las barreras para la acción pueden modificar de forma positiva los estilos de vida con mayor énfasis en sus prácticas y creencias. Por lo tanto, es de suma importancia que el profesional de salud pueda conocer estos componentes para poder actuar de forma adecuada con el único objetivo de fomentar estilos de vida saludables. La educación en salud no puede desconocer el valor que tiene el factor cognitivo como asociado, determinante o

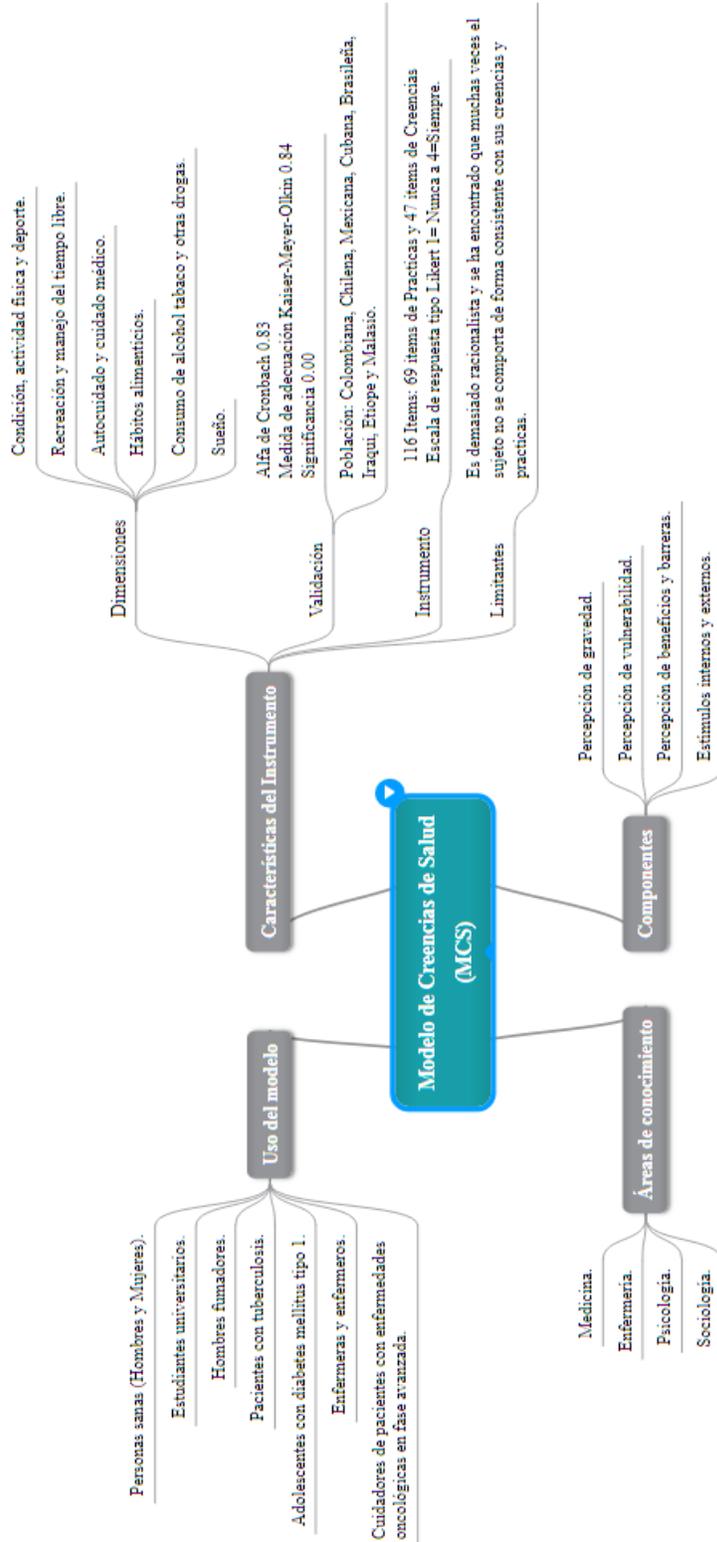


Figura 2. Modelo de Creencias de Salud en personas sanas y enfermas obtenido en base a la evidencia clínica disponible.

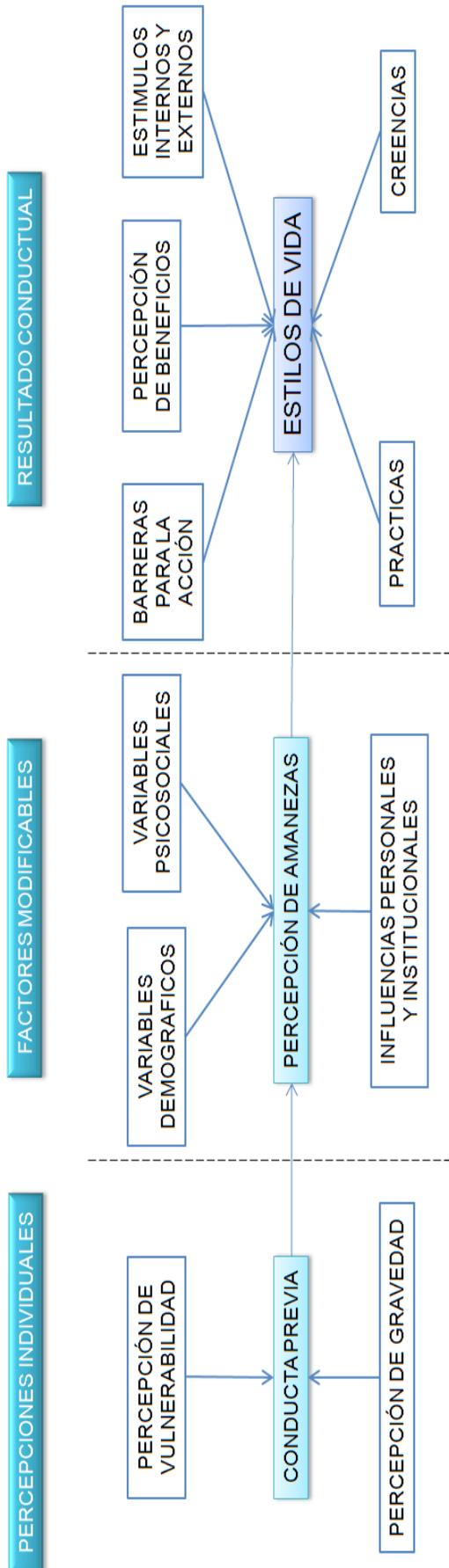


Figura 3. Componentes del Modelo De Creencias en Salud

Adaptado de: Moreno E., Roales JG. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. Rev Inter de psicol y terapia psicol. 2003; 3(1): 91-109.

predisponente de cambios conductuales y la adopción de estilos de vida saludables. Aunque el conocimiento de algo, por sí solo, no es un indicador de cambio conductual, sí se ha demostrado que cierta cantidad de información es necesaria para iniciar el proceso que conducirá a un cambio de comportamiento. Las intervenciones preventivas que intentan controlar y evitar conductas de riesgo resultan mejores si se considera el componente cognitivo.

También, se ha comprobado en los últimos años que mediante la identificación de los estilos de vida por medio del MCS y una correcta intervención por parte del profesional de salud ayudan a disminuir los factores de riesgo entre los más importantes están las conductas de las personas, que aumentan la probabilidad de sufrir una enfermedad, como la combinación de una dieta poco saludable, la falta de actividad física o sedentarismo, el consumo de tabaco y la ingesta excesiva de alcohol; éstos son el origen de diversos padecimientos como la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), obesidad abdominal, hipercolesterolemia, trigliceridemia, hiperglicemia o Diabetes Mellitus (DM), que a su vez, actúan como factores de riesgo cardiovascular y de enfermedades crónicas degenerativas.

Por último, la utilización correcta de este modelo, ayudará a mejorar los estilos de vida de las personas sanas o enfermas y con ello reducirá posibles consecuencias relacionadas con su salud a lo largo de su vida, fortaleciendo su salud y su calidad de vida.

CONCLUSIÓN

La evidencia científica disponible sobre el MCS describe componentes, área de conocimiento, usos del modelo, característica del instrumento; validez, dimensiones y limitantes. Es importante que los implementadores del cuidado, tengan conocimiento de este modelo, debido al rol y nivel de relación que desempeñan con la persona, familia o comunidad ya que pueden actuar de manera temprana y efectiva para modificar los estilos de vida. La mayoría de textos científicos han sido publicados por el área médica, por lo que se puede deducir que el profesional de enfermería ha incursionado muy poco en este tópico de interés, por lo tanto, es un área de oportunidad para elaborar nuevos proyectos de investigación relacionados con este modelo, además, las prácticas y creencias de estilos de vida revelan los hábitos, costumbres, conocimientos, valores y riesgos que tiene el individuo en su vida diaria, por lo tanto, juegan un papel trascendental en la población que tiene que modificar sus estilos de vida porque su enfermedad así lo requiere, por ejemplo en aquellos pacientes que consumen anti-coagulantes orales.

Para concluir, es necesario utilizar el MCS en la población sana o enferma abarcando a jóvenes hasta adultos mayores, con el fin de identificar sus prácticas y creencias que influyen en sus estilos de vida. De este modo, se busca crear nuevas estrategias para fomentar estilos de vida saludables, con el único objetivo de reducir consecuencias en la calidad de vida de las personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. [Soto F, Cacoste JA, Papenfuss RI, Gutiérrez A. El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. Rev Esp Salud Pública. 1997;71\(4\):335-41.](#)
2. [Arrivillaga M, Salazar IC. Creencias relacionadas con estilos de vida en jóvenes latinoamericanos. Psicol Conductual. 2005; 13\(1\): 19-36.](#)
3. [Moreno E, Roales JG. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. Rev Inter de psicol y terapia psicol. 2003; 3\(1\): 91-109.](#)
4. [Arrivillaga M, Salazar IC, Correa D. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. Colomb Med. 2003; 34\(4\): 186-195.](#)
5. [Ramírez-Elizondo N. Enfermería basada en la evidencia, una ruta hacia la aplicación en la práctica profesional. Rev Enf Costa Rica. 2011; 32\(29\): 89-96.](#)
6. [Redcaspe.org \[Internet\]. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español; 2020\[Citado 26 Ago 2020\]. Disponible: <https://cutt.ly/bfdvhXq>](#)
7. [Ortega MC, Puntunet ML, Suárez MG, Leija C, Montesinos G, Cruz G et al. Guías de Práctica Clínica Cardiovascular. México: Editorial Médica Panamericana; 2011.](#)
8. [Cáceres P. Análisis Cualitativo De Contenido: Una Alternativa Metodológica Alcanzable. Rev Esc de Psicol Fac de Filosofía y Educ. 2003; 2\(1\): 53-82.](#)
9. [Gómez-Acosta CA. Factores psicológicos predictores de estilos de vida saludable. Rev Salud Pública Col. 2018; 20\(2\): 155-62.](#)
10. [Reina ME, Ramos Y, García L, Gonzales MA. Creencias en salud y percepción de sobrecarga en cuidadores de pacientes con enfermedades oncológicas avanzadas. Rev MediSur \[Internet\]. 2017\[Citado 21 Ago 2020\]; 15\(3\): 310-17. Disponible en: <https://cutt.ly/ofiOIAS>](#)
11. [Malaguti-Toffano SE, Lopes LP, Facchin LT, Gir E. Crenças De Enfermeiros Quanto À Transmissão Ocupacional Dos Vírus Da Hepatite B E C. Rev Enferm Cent O Min. 2015; 2\(2\): 195-02.](#)
12. [Juarez-Garcia DM, Tellez A, Carcia-Cadena CH. Escala del Modelo de Creencias de Salud para la Autoexploración de Mama en Estudiantes Universitarias. Acta de Inv Psicol. 2019; 9\(1\): 10-18.](#)
13. [Tola HH, Shojaeizadeh D, Tol A, Garmaroudi G, Yekaninejad MS, Kebede A, et al. Psychological and Educational Intervention to Improve Tuberculosis Treatment Adherence in Ethiopia Based on Health Belief Model: A Cluster Randomized Control Trial. PLoS ONE \[Internet\]. 2016 \[Citado 20 Ago 2020; 11\(5\): 1-15. Disponible <https://cutt.ly/ifiPsj0>](#)

14. [Costa MF. Health belief model for coronavirus infection risk determinants. Rev Saude Publica. 2020; 54\(47\): 1-11.](#)
15. [Bayu H, Berhe Y, Mulat A, Alemu A. Cervical Cancer Screening Service Uptake and Associated Factors among Age Eligible Women in Mekelle Zone, Northern Ethiopia, 2015: A Community Based Study Using Health Belief Model. PLoS ONE \[Internet\]. 2016 \[Citado 21 Ago 2020\]; 11\(3\): 1-13. Disponible en <https://cutt.ly/bfiPRGs>](#)
16. [Jeihooni AK, Dindarloo SF, Harsini PA. Effectiveness of Health Belief Model on Oral Cancer Prevention in Smoker Men. Asian Pac J Cancer Educ. 2018; 34\(1\): 920-27.](#)
17. [Norfariha CM, Soo-Foon M, Bee-Chiu Lim. Validity and Reliability of Health Belief Model Questionnaire for Promoting Breast Self-Examination and Screening Mammogram for Early Cancer Detection. Asian Pac J Cancer Prev. 2019; 20\(9\): 2865-2873.](#)
18. [Calderón C, Carrete L, Vera J. Validación de una escala de creencias de salud sobre diabetes tipo 1 para el contexto Mexicano: HBT-T1DM. Rev Salud Publica Mex. 2018; 60\(1\): 175-83.](#)
19. [Russo RM, Miranda AT. Modelo de Crenças em Saúde e o rastreio do câncer do colo uterino: avaliando vulnerabilidades. Rev Enferm UERJ. 2017; 25\(1\): 1-7.](#)
20. [Cadena-Estrada JC, Alejo-Macías B, Cervantes-Juárez C, Castro-Merino R. Estilos de vida de los pacientes con cardiopatía isquémica: una interpretación desde el modelo de creencias de salud. Rev Mex Enferm Cardiol. 2019; 27\(2\): 54-60.](#)
21. [Concha X, Urrutia T, Riquelme G. Creencias y virus papiloma humano. Rev Chil Obstet Ginecol. 2015; 77\(2\): 87-92.](#)