



ORIGINAL

Escala para Medir Creencias sobre Médicos: Adaptación y Evidencias de Validez y Confiabilidad en Adultos Mexicanos¹

Scale for Measuring Beliefs about Physicians: Adaptation and Evidence of Validity and Reliability in Mexican Adults

María José Baeza-Rivera ^{2, a, b}, Natalia Salinas-Oñate ^c, Manuel Salvador Ortiz-Parada ^c,
Marcoantonio Villanueva ^c, y Rolando Díaz-Loving ^a

^a Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México

^b Departamento de Psicología, Universidad Católica de Temuco, Chile

^c Departamento de Psicología, Universidad de la Frontera, Chile

Recibido 23 de junio 2020, Aceptado 28 de febrero 2020

Resumen

Uno de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento, son las creencias sobre los médicos. México posee escasa literatura sobre esta variable, por lo tanto, es necesario adaptar y entregar evidencia de validez de la Escala de Creencias sobre los Médicos de Baeza-Rivera (2015) en población mexicana. Participaron 528 personas de la CDMX, Tabasco y Monterrey, con un promedio de edad de 33.5 años. Los participantes contestaron a la escala que contiene 30 ítems. Se realizó una adaptación del instrumento y se evaluaron las propiedades psicométricas del instrumento, mediante un análisis factorial exploratorio. La escala final presenta dos factores, *creencias positivas sobre médicos* y *creencias negativas sobre médicos*, cada uno con 15 ítems con cargas factoriales por sobre 0.30. Ambos factores explican el 47.03% de la varianza y presentan buenos niveles de consistencia interna.

Palabras Clave: Cultura, Psicometría, Creencias, Médicos, México

1 La Dra. María José Baeza Rivera reconoce y agradece al Programa de Becas Posdoctorales de la Dirección de Formación Académica de la Universidad Nacional Autónoma de México por la beca para realizar la estancia posdoctoral que le fue otorgada, donde se desarrolló la investigación que se presenta. Además, agradece a Fuensanta López y Elemí Hernández por la ayuda en la toma de datos en Monterrey y Tabasco respectivamente.

2 Correspondencia: María José Baeza Rivera. Correo electrónico: maria.baeza@uct.cl, Fono: +56-45-2553865, Dirección: Manuel Montt 56, Temuco, Chile.

Abstract

One of the factors that influence adherence to treatment are beliefs about physicians., Mexico has little literature on this variable. Therefore, it is necessary to exploratory adapt and evidence of validity about Baeza-Rivera Physicians Belief Scale (2015) in the Mexican population. 528 people from CDMX, Tabasco and Monterrey participated, with an average age of 33.5 years. Participants answered the scale that contains 30 items. An adaptation of the instrument was made and the psychometric properties of the instrument were tested by exploratory factor analysis. The final scale presents two factors, positive beliefs about doctors and negative beliefs about physicians, each with 15 items with factor loads above 0.30. Both factors explain 47.03% of the variance and present good levels of internal consistency.

Keywords: Culture, Psychometry, Beliefs, Physicians, Mexico

Entender las razones por las cuáles las personas se involucran en conductas de autocuidado, como la búsqueda de atención sanitaria, asistencia a controles médicos o adherencia a los tratamientos, es de gran relevancia para identificar variables que faciliten la predicción de estos comportamientos, así como favorecer una correcta comprensión del proceso de salud-enfermedad (Amador, Flynn, & Betancourt, 2015; Baeza-Rivera et al., 2018). Dentro de los factores psicológicos que se han estudiado en relación a conductas en salud (controles médicos, ejercicio, descanso, dieta, etc.), es posible identificar una serie de variables tales como: las creencias en salud (Becker, 1974; Rosenstock, 1974), la percepción de autoeficacia (Bandura, 1997, 1986), la intención conductual (Baeza-Rivera, 2015), la percepción de apoyo social (Uchino, Cacioppo, & Kiecolt-Glaser, 1996) y la disposición de redes de apoyo social que promuevan comportamientos preventivos efectivos (Caraveo, 2000).

Uno de los modelos teóricos más influyentes en la predicción de comportamientos de salud es el de creencias en salud (Rosenstock, 1974), el cual postula que la probabilidad de que una persona asuma una conducta de salud estará determinada por la creencia que tenga en torno a esa conducta, siendo definida por la percepción de vulnerabilidad y severidad ante una enfermedad, así como los costos y beneficios de adoptar la conducta. Si bien este modelo ha sido exitoso en la predicción de conductas de salud (Curry, 1994), un aspecto que no considera es la influencia de variables culturales tales como las creencias que

los pacientes tienen de los médicos y su influencia. La evidencia indica que las creencias que las personas tienen sobre los profesionales de la salud están en parte definidas por las interacciones que han tenido en el pasado con estos profesionales (Amador et al., 2015), por lo cual, la relación médico-paciente es una variable de gran relevancia para poder predecir conductas en salud, de esta forma si las interacciones han sido favorables, las creencias sobre el profesional serán positivas y facilitarán la decisión de los pacientes para acudir a controles y chequeos clínicos (Poblano et al., 2004). Existe evidencia suficiente que sustenta dicha afirmación, es decir, la buena relación entre el paciente y el médico produce beneficios en la salud psicológica y física de las personas, además aumenta la confianza y compromiso de los pacientes (Luz, 2005). Esta relación es positiva cuando a pesar de la asimetría, no se busca sacar provecho de la posición de vulnerabilidad y dependencia de los usuarios hacia los médicos (Núñez-Cortés, 2014).

Bajo este sentido, una investigación realizada en Chile dio cuenta que las creencias negativas sobre los médicos influyen directamente en las conductas evitativas de salud (rechazo a los profesionales, postergar la atención médica y desmotivación para regresar a las citas), efecto que es mucho mayor si la persona percibe que es víctima de discriminación por parte de los mismos (Baeza-Rivera, 2015).

Como ya se mencionó, las interacciones y la relación que forman los pacientes con los médicos son la base de las creencias, por lo cual el desarrollo de competencias interpersonales es igualmente importante

que la formación en competencias técnicas, ya que se relacionan con el modo en que los médicos tratan a sus pacientes y la calidad de servicios que brindan, lo que se asocia con la preparación que han recibido en sus centros de formación profesional (Celis-Aguilar, Dehesa-López, Martínez-González, 2017).

Debido a la relevancia que cobran las creencias culturales que los pacientes sostienen respecto de sus proveedores de salud (ej. Médicos) se hace necesario disponer de un instrumento que permita medirlas de forma válida y confiable, pues es el primer paso para comprender la manera en que impactan los comportamientos de cuidado de la salud.

Al respecto, la mayoría de las escalas existentes evalúan la percepción de la calidad de la atención y satisfacción de los usuarios, más no las creencias culturales en sí mismas. Éstas son definidas como representaciones sociales, explicaciones, conceptos o enunciados socialmente compartidos por un grupo cultural (Moscovici, 1979). Un estudio en Chile, desarrolló un instrumento culturalmente pertinente, para medir creencias sobre los médicos, el cual ha demostrado tener adecuadas propiedades psicométricas para medir este constructo (Baeza-Rivera et al., 2018). Esta escala cuenta con 24 reactivos que se agrupan en dos factores, el primero de ellos se denominó creencias negativas sobre los médicos, está compuesto por 13 reactivos, explica el 56.6% de la varianza y tiene una consistencia interna medida por el Alpha de Cronbach de 0.96. El segundo factor se denominó creencias positivas sobre los médicos, posee 11 ítems, explica el 13.7% de la varianza y posee un índice de confiabilidad de $\alpha = 0.95$.

La escala antes mencionada, desarrollada por Baeza-Rivera et al., (2018) posee ventajas, tales como haber sido creada por medio de un proceso riguroso de construcción de ítems, basado en métodos de investigación mixtos (enfoque *bottom up*, *top down*), la identificación inicial de creencias por medio de entrevistas semi-estructuradas, etapa de pilotaje y posteriormente un proceso de validación. A estas ventajas, se debe agregar que es un instrumento de fácil administración y puntuación.

En la actualidad México cuenta con escasa investigación en torno a creencias sobre proveedores de

servicios de salud, debido a que la investigación se ha enfocado mayoritariamente en adherencia terapéutica (Soria, Vega & Nava, 2009), lo cual ha permitido identificar niveles parciales de adhesión terapéutica en población mexicana (Maldonado-Reyes, Vázquez-Martínez, Loera-Morales, & Ortega-Padrón, 2016), sin embargo, no se profundiza en los factores culturales asociados al fenómeno.

Considerando los antecedentes antes expuestos y que el sistema de salud pública en México tiene diversas opciones a las que se puede acceder como beneficiario (Gómez, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola, & Frenk, 2011), a la mayor necesidad de profesionales de la salud dado el aumento de enfermedades crónicas (Barquera & Tolentino, 2005; Velásquez-Monroy et al., 2003), es necesario contar con una escala para evaluar creencias sobre estos proveedores de salud. En consecuencia, el objetivo de este estudio es adaptar y entregar evidencia de validez y confiabilidad de la escala de creencias sobre los médicos de Baeza-Rivera et al. (2018) en una muestra de adultos mexicanos pertenecientes a tres entidades federativas (Ciudad de México, Monterrey y Tabasco), lo cual permitirá contar con una escala culturalmente pertinente evalúe de la manera adecuada las creencias en torno a los médicos (Reyes & García, 2008). Adicionalmente, se buscará examinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los estados en los promedios de los factores.

Método

Este estudio, de corte transversal y alcance correlacional, se organizó en dos etapas. En la primera se convocó a un panel de expertos disciplinares y metodológicos, quienes examinaron los ítems de la escala de Escala de Creencias sobre los Médicos de Baeza-Rivera et al. (2018), y evaluaron su equivalencia semántica, relevancia cultural y adaptación lingüística. Tras lo cual se incorporaron cuatro reactivos a la escala (ítems 27 - 30 en la Tabla 2). Posteriormente, se realizaron entrevistas cognitivas (Miller, Willson, Chepp, & Padilla, 2014), para evaluar la correcta comprensión de las instrucciones y contenido de la versión adaptada de la escala.

Participantes

Los participantes fueron reclutados mediante un muestro no probabilístico por conveniencia. Los requisitos para participar fueron: (a) ser mayor a 18 años, (b) ser mexicano/a, (c) estar adscrito/a algún servicio de salud pública o privada, y (d) haber tenido al menos una visita al médico en los últimos doce meses. Participaron 528 personas de la Ciudad de México (CDMX) (32.9%), Tabasco (28.7%) y Monterrey (38.4%), se seleccionaron estas ciudades con la intención de contar con variabilidad en la muestra, ya que representan estados del norte, centro y sur del país. El promedio de edad fue de 33.5 años (SD = 14.21), en su mayoría fueron mujeres (66.7%), el 41.5% tenía el grado de licenciatura y un 45.5% eran soltero/as. La descripción de la muestra organizada por Estados se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1
Características de edad, sexo y educación de la muestra por Estado

	Ciudad de México	Tabasco	Monterrey
Edad (Media y DT)	37.14 (16.07)	28.05 (10.93)	34.47 (13.50)
Sexo			
Hombre	32.2%	38.7%	30.5%
Mujer	67.8%	61.3%	69.5%
Educación			
Primaria	9.4%	2.0%	2.5%
Secundaria	20.5%	11.3%	18.1%
Bachillerato	35.1%	31.3%	36.2%
Licenciatura	31.6%	54.7%	41.2%
Postgrado	3.5%	0.7%	2.0%
Estado civil			
Soltero/a	42.4%	58.7%	37%
Casado/a	41.8%	24.7%	42%
Viudo/a	2.4%	3.3%	4.4%
Divorciado/a	3.0%	4.0%	6.6%
Separado/a de hecho	3.0%	-	4.4%
Conviviendo	7.3%	9.3%	5.5%

Fuente: Elaboración propia

Instrumentos

Se utilizó la versión adaptada de la Escala de Creencias sobre los Médicos de Baeza-Rivera (2018), originalmente desarrollada para población chilena. Posee 26 reactivos más los cuatro desarrollados en la fase anterior, quedando finalmente con 30, agrupados en dos factores independientes que miden creencias negativas y positivas sobre los médicos. Los participantes deben contestar indicando el grado en que los reactivos caracterizan a los médicos, por medio de un formato de respuesta tipo Likert con 5 opciones de respuesta, desde 1 = muy en desacuerdo a 5 = muy de acuerdo, donde altos puntajes indican creencias más favorables y desfavorables, según el factor que se esté midiendo. En el factor de creencias negativas pueden encontrarse reactivos tales como, “son enojones con sus pacientes”, “sólo se interesan en ganar dinero”, “se vuelven insensibles al dolor ajeno con el paso del tiempo”, “son bruscos con sus pacientes”. Este factor demostró excelente confiabilidad en la validación con población chilena, específicamente $\alpha = 0.96$. Por otra parte, el factor de creencias positivas posee reactivos como, “Están disponibles para sus pacientes”, “tienen vocación para sus pacientes”, “son amables con sus pacientes”, “son acogedores con sus pacientes”. Este factor demostró excelente confiabilidad en población chilena, específicamente $\alpha = 0.95$. Ambos factores dan cuenta de las creencias que posee una persona respecto a la conducta, la personalidad y la ética profesional de los médicos, ya sea positiva o negativamente.

Procedimiento

La recolección de datos la llevó a cabo personal entrenado para estos fines, quienes tenían conocimiento y experiencia en la investigación psicológica, quienes realizaron un procedimiento estandarizado para recolectar los datos. Los participantes fueron contactados en diversos lugares (ej. plazas, centros comerciales) de manera presencial, donde se les solicitó la participación en el estudio quienes aceptaron participaron firmaron un consentimiento informado, en el cual se explicitaba el anonimato, confidencia-

lidad, carácter voluntario de la participación y los resguardos en el tratamiento de la información, entre otros aspectos. Se tomaron los resguardos éticos para investigaciones de este tipo de acuerdo con la Declaración de Helsinki.

Análisis de datos

Una vez que los datos fueron recolectados se procedió a realizar el análisis de estos mediante el programa estadístico STATA 13.0. Como primer paso se realizaron análisis descriptivos para caracterizar la muestra de acuerdo a la información sociodemográfica. Posteriormente, se realizó el análisis factorial exploratorio para evaluar la estructura factorial y así establecer evidencia de validez factorial de la escala, es decir, analizar la posibilidad de la conformación de factores. Para ello, se evaluó la capacidad de factorizar la matriz por medio de las medidas de adecuación muestral de Kaiser Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de Bartlett. Luego, se estimó la mejor solución por medio del método máxima verosimilitud y se utilizó la rotación oblimin. Para estimar la mejor solución se consideraron aquellos factores con autovalores mayores a uno, se eliminaron los ítems cuya carga factorial era menor a 0,40; y se eliminaron los factores compuestos por menos de tres ítems. Una vez identificados los factores, se le designó un nombre a cada uno. Posteriormente, para evaluar la confiabilidad de las puntuaciones de las escalas, se realizaron los análisis de consistencia interna por medio del alpha de Cronbach (Cronbach, 1951) para los factores de cada una de las escalas obtenidas. Además, se obtuvo el promedio y desviación estándar para cada factor y la correlación entre ellos. Finalmente, se realizaron comparaciones de grupo por medio de ANOVA y post hoc de Bonferroni para comparar los promedios en los factores en función de la pertenencia de los participantes a los distintos estados.

Resultados

Los resultados dan cuenta de una matriz factorizable, específicamente, la prueba KMO fue de 0.93 y

la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ($X^2 = 7143.428$; $p < 0.001$). La estructura factorial da cuenta de dos factores que explican el 47.03% de la varianza, el primero se encuentra compuesto por 15 reactivos, explica el 32.54% de la varianza y tiene una consistencia interna de 0.93. Dicho primer factor se denominó “Creencias positivas sobre los médicos”, y se compone por reactivos que en su mayoría explican la percepción positiva sobre la figura del médico como profesional, ítems como “son comprometidos con sus pacientes”, “Son atentos con sus pacientes” y “son agradables con sus pacientes”, indican un sistema de creencias en que el médico es visto como un profesional afable, que está dispuesto a tratar a sus pacientes de manera eficaz. Asimismo, permite inferir cómo la percepción del profesional es la de una figura paternalista que se encargará de la salud del individuo, pero en mayor grado, muestran que es muy importante que este posea una actitud cordial y cercana.

El segundo factor se denominó “Creencias negativas sobre los médicos”, posee 15 ítems, explica el 14.48% de la varianza y posee un índice de confiabilidad de 0.90. En contraparte con el primer factor, éste permite describir percepciones negativas que refieren tanto al médico como persona como en su calidad profesional con ítems como “Se creen superiores a los demás”, “son mañosos con sus pacientes”, asimismo, ítems tales como “Tienen mala voluntad para explicar o contestar las preguntas de sus pacientes”, “Hacen diagnósticos erróneos” y “Sólo se interesan en ganar dinero” demuestran cómo los médicos ejercerían su profesión de manera poca eficaz y privilegiando en mayor medida intereses personales a los de los pacientes llevando a entregar un trato descortés.

Asimismo, es posible identificar que ambos factores presentan una asociación estadísticamente significativa que es débil e inversa ($r = -0.37$, $p < 0.001$).

La composición de la escala, las cargas factoriales de los ítems, junto con la varianza explicada, el nivel de confiabilidad y estadísticos descriptivos de la escala se pueden observar en la Tabla 2. En ella se aprecia que en general el factor de creencias positivas sobre los médicos tiene un promedio mayor que el de creencias negativas, aun cuando el ítem que puntúa mayor es que los *médicos son serios con sus pacientes*.

Tabla 2

Estructura factorial, cargas factoriales, varianza explicada y confiabilidad de la Escala de Creencias sobre Médicos en población Mexicana

Nº	Ítem	Factor creencias positivas	Factor creencias negativas	Promedio y (DT)
27	Son atentos con sus pacientes	0.87	0.12	3.12 (0.99)
28	Son agradables con sus pacientes	0.85	0.05	3.09 (0.97)
29	Son simpáticos con sus pacientes	0.82	0.05	3.01 (0.99)
30	Son cordiales con sus pacientes	0.8	-0.03	3.21 (1.02)
26	Son capaces de entender sus pacientes	0.77	0.07	3.15 (0.98)
24	Son comprometidos con sus pacientes	0.76	0.01	3.21 (0.98)
25	Son cercanos a sus pacientes	0.71	0.07	2.91 (0.96)
23	Son acogedores o cariñosos con sus pacientes	0.68	0.03	2.80 (1.06)
22	Atienden de buena forma a sus pacientes	0.65	-0.07	3.17 (0.99)
9	Dan confianza a sus pacientes	0.61	-0.05	3.22 (1.01)
21	Están disponibles para sus pacientes	0.61	0.01	3.10 (1.00)
7	Tienen vocación para atender a sus pacientes	0.59	-0.09	3.30 (0.93)
8	Se interesan o preocupan por sus pacientes	0.54	-0.15	3.24 (0.96)
11	Son amables con sus pacientes	0.51	-0.21	3.28 (0.98)
10	Tienen un trato cercano con sus pacientes	0.51	-0.06	3.03 (0.97)
17	Son enojones con sus pacientes	-0.05	0.76	2.85 (1.02)
16	Son bruscos con sus pacientes	0.01	0.72	2.79 (1.00)
18	Son presumidos con sus pacientes	0.05	0.71	2.65 (1.04)
19	Son mañosos con sus pacientes	0.04	0.69	2.51 (0.98)
15	Tratan mal a sus pacientes	-0.1	0.68	2.72 (0.97)
20	Tienen poca paciencia con sus pacientes	0	0.67	2.84 (1.03)
5	Discriminan a sus pacientes	-0.09	0.6	2.56 (1.06)
3	Son fríos o distantes con sus pacientes	0	0.59	2.99 (1.02)
13	Se creen superiores a los demás	-0.1	0.56	3.08 (1.10)
6	Tienen mala voluntad para explicar o contestar las preguntas de sus pacientes	0	0.57	2.74 (1.04)
14	Hacen diagnósticos erróneos	-0.02	0.55	2.82 (1.03)
2	Retan a sus pacientes cuando no cumplen con las indicaciones	0.07	0.52	2.81 (1.00)
12	Sólo se interesan en ganar dinero	-0.1	0.49	2.94 (1.04)
1	Se vuelven insensibles al dolor ajeno con el paso del tiempo	0	0.43	3.02 (1.13)
4	Son serios con sus pacientes	0.04	0.34	3.20 (0.97)
Promedio (DT)		3.15 (0.86)	2.79 (0.85)	
Varianza Explicada		32.54%	14.48%	
α de Cronbach		0.93	0.9	

Fuente: Elaboración propia

El promedio del factor de creencias positivas sobre los médicos es 3.15 (DT = 0.86) y el promedio del factor de creencias negativas sobre los médicos es

de 2.79 (DT = 0.85), lo cual revela que las personas tienden a tener creencias más positivas respecto de los médicos que creencias negativas ($t = 5.75, p < 0.001$).

Finalmente, por medio de una prueba ANOVA se evaluó si existen diferencias estadísticamente significativas entre los promedios de las creencias positivas y negativas en función del estado de procedencia (Tabasco, Monterrey y Ciudad de México). Los resultados muestran que existen diferencias estadísticamente significativas para las creencias positivas sobre los médicos ($F = 5.05$, $p < 0.05$), pero no para las creencias negativas ($F = 1.67$, $p = 0.19$). Respecto de las diferencias en las creencias positivas, luego de una prueba de comparaciones post-hoc, se identificó que las diferencias existen entre Tabasco y Monterrey ($p < 0.05$) y Tabasco con Ciudad de México ($p < 0.05$), en específico el promedio de Tabasco es de 2.96 (DT = 0.88), el de Monterrey de 3.21 (DT = 0.82) y el de Ciudad de México de 3.23 (DT = 0.85). Es decir, el Estado de Tabasco es el que menos creencias positivas tiene en relación con los otros Estados, vale mencionar que tanto CDMX como Monterrey son dos de las ciudades con mejores servicios de salud, tanto privados como públicos, por lo que estas diferencias posiblemente puedan deberse a esta situación en específico (Financiero, 2020).

Discusión

El objetivo de este artículo fue adaptar y entregar evidencia de validez y confiabilidad de la escala de creencias sobre los médicos de Baeza-Rivera et al. (2018) en una muestra de adultos pertenecientes a tres Estados de México. Con relación a las propiedades psicométricas, la escala presenta una estructura factorial similar a la original, a pesar de tener cuatro ítems más. Esto quiere decir que los reactivos se organizan en dos factores cada uno conformado por 15 ítems y los cuatro ítems nuevos cargan en el factor de creencias positivas y cuyas cargas factoriales se encuentran por sobre 0.30, y en conjunto explican el 47.03% de la varianza. Respecto a la consistencia interna, ambos factores poseen índices por sobre 0.90 lo cual indica que es un instrumento confiable para su uso en población mexicana y se encuentra adaptado para ello.

En virtud de lo anterior, la escala muestra un buen comportamiento psicométrico para la muestra estu-

diada, es decir, se acumula evidencia sobre su validez factorial (los factores se corresponden con los planeados teóricamente) y consistencia interna. Los procedimientos utilizados para la validación en México son adecuados y adhieren a los postulados planteados por Lagunes Cordova (2017), donde se destaca el juicio de expertos como una forma de asegurar que los reactivos representen el constructo que se está midiendo, y que la redacción sea en un lenguaje comprensible para el grupo en que se está aplicando, además del uso de técnicas como el análisis factorial exploratorio cuyo objetivo es determinar si la estructura del instrumentos reproduce el constructo que evalúa. Esta escala, además, cuenta con ventajas tales como ser un instrumento de fácil administración y comprensión, de extensión apropiada y que permite la obtención de puntajes por dimensiones, los cuales son de interpretación sencilla.

Contar con un instrumento con las características antes descritas, es relevante, pues en primer lugar son escasos los estudios donde se consideran las creencias como un factor cultural (Ogueda Fuentes & Barra Almagiá, 2017) para comprender fenómenos del ámbito de la salud. Investigaciones han identificado que las creencias culturales negativas sobre los médicos influyen en las consecuencias de las conductas de cuidado de la salud (Baeza-Rivera, 2015), tales como evitar ir a los controles médicos, no seguir indicaciones, entre otros. No obstante, en la cultura mexicana priman las creencias culturales positivas sobre los médicos que las negativas, esto podría estar evidenciando la existencia de un sistema de creencias en que el médico es idealizado como una figura paternalista y familiar, cuyo interés principal es el bienestar del paciente. En contraparte, el segundo factor compuesto de creencias negativas, se encuentra formado tanto por ítems que hacen referencia tanto a la percepción del médico como persona y cómo ejercen su profesión considerando el trato hacia los usuarios de los servicios de salud. Considerando la varianza explicada por este factor, podría inferirse que estas creencias subyacen a situaciones específicas en que el paciente pudo haber experimentado o percibido tratos adversos por parte del profesional tal como lo menciona Amador et al. (2015).

Por otra parte, los resultados indican diferencias entre los estados mexicanos con respecto a las creencias positivas, siendo CDMX y Monterrey estados que presentan una media alta de creencias culturales positivas sobre los médicos en comparación a Tabasco, lo que puede vincularse a que cuentan con los mejores servicios de salud a nivel nacional (Financiero, 2020), y que podría estar influyendo en la percepción que la población tiene de los proveedores de salud y en consecuencia en sus creencias culturales en torno a los médicos.

Finalmente, se debe considerar que este estudio tiene fortalezas y limitaciones. Dentro de la primera es que la escala está culturalmente adaptada, e incorpora creencias fuertemente arraigadas en la cultura mexicana, lo cual permite su uso en esta población, indistintamente del sexo y zona geográfica. Por otra parte, una limitación es que no se considera a qué servicio están adscritos los participantes, pues posiblemente el encontrarse en un servicio privado o público pueda influir en la percepción de los tratos y en consecuencia en las creencias de los pacientes. Además, para futuras investigaciones en esta área se propone realizar análisis factoriales confirmatorios para poder comprobar la estructura factorial en población con diversas características, para masificar su uso y seguir acumulando evidencia de validez y confiabilidad en otros contextos dentro de México (Embretson, 2016).

Referencias

- Amador, J. A., Flynn, P. M., & Betancourt, H. (2015). Cultural beliefs about health professionals and perceived empathy influence continuity of cancer screening following a negative encounter. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(5), 798–808. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9646-1>
- Baeza-Rivera, M. (2015). *Discriminación percibida y sus consecuencias en las conductas de cuidado de la salud: Un estudio multifactorial*. Chile: Universidad de La Frontera.
- Baeza-Rivera, M. ., Betancourt, H., Salinas-Oñate, N., Ortiz, M. S., Marín, O., & Valle, G. (2018). Identificación y medición de creencias culturales sobre los médicos: construcción y validación de un instrumento. *Revista Médica de Chile*, 146(3), 308–314. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000300308>
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The exercise of Control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Bandura, Albert. (1986). The Explanatory and Predictive Scope of Self-Efficacy Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(3), 359–373. <https://doi.org/10.1521/jscp.1986.4.3.359>
- Barquera, S., & Tolentino, L. (2005). Geografía de las enfermedades asociadas con la nutrición en México: una perspectiva de transición epidemiológica. *Papeles de Población*, 11(43), 133–148. <https://doi.org/10.1002/app.39012>
- Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and Sick Role Behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324–508. <https://doi.org/10.1177/109019817400200407>
- Caraveo, R. V. (2000). Factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cervicouterino. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 49–59.
- Celis-Aguilar, E. Dehesa-López, E. Martínez-González, A. (2017). Evaluación diagnóstica y formativa de competencias en estudiantes de medicina a su ingreso al internado médico de pregrado. *Educación Médica*, 19(4), 217–222. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.03.021>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Curry, S. J. K. M. E. (1994). Theoretical Models for Predicting and Improving Compliance with Breast Cancer Screening. *Annals of Behavioral Medicine*, 16(4), 302–316. <https://doi.org/10.1093/abm/16.4.302>
- Embretson, S. E. (2016). Understanding Examinees' Responses to Items: Implications for Measurement. *Educational Measurement: Issues and Practice*, 35(3), 6–22. <https://doi.org/10.1111/emip.12117>
- Financiero. (2020, April). ¿Cuáles son las ciudades con la mejor atención médica y mejores hospitales de México? *El Financiero*.
- Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H. & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de Mexico*, 53(SUPPL. 2), 220–232. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342011000800006>
- Lagunes Cordova, R. (2017). Recomendaciones sobre los procedimientos de construcción y validación de instrumentos y escalas de medición en la psicología de la salud. *Revista Psicología y Salud*, 27(1), 5–18.
- Luz, B. R. (2005). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos / Changes in physician-patient relationship and medical satisfaction. *Revista Médica de Chile VO - 133*, (1), 11. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872005000100002>
- Maldonado-Reyes, F. J., Vázquez-Martínez, V. H., Loeira-Morales, J. I., & Ortega-Padrón, M. (2016).

- Prevalence of therapeutic adherence in hypertensive patients with the use of the martin-bayarre-grau questionnaire. *Atencion Familiar*, 23(2), 48–52. <https://doi.org/10.1016/j.af.2016.03.004>
- Miller, K., Willson, S., Chepp, V., & Padilla, J. L. (2014). *Cognitive interviewing methodology*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público* (Huemul S.A). Buenos Aires, Argentina.
- Núñez-Cortés, J. M. (2014). Valores del médico para un ejercicio de calidad: el profesionalismo. *Fem*, 17(1), 1–47.
- Ogueda Fuentes, J. P., & Barra Almagiá, E. (2017). Creencias compensatorias de salud: implicaciones para la salud y la adherencia al tratamiento. *Psicología y Salud*, 27(2), 207–211.
- Poblano V, O., Figueroa P, J. G., & López C, L. (2004). Condicionantes institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama. *Salud Publica de Mexico*, 46(4), 294–305. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342004000400004>
- Reyes Lagunes, I. y García y Barragán, L. F. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: Un ejemplo. En S. Rivera Aragón, R. Díaz Loving, R. Sánchez Aragón e I. Reyes Lagunes (Eds.), *La psicología social en México XII* (pp. 625-630). México: AMEPSO, Universidad de Guanajuato y UNAM
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *The Health Belief Model and Personal Behavior*, 2(4), 328–335.
- Soria, R., Vega C., Nava, Q. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, baadas en comportamientos explícitos. *Alternartivas En Psicología*, 14(20).
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119(3), 488–531. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8668748>
- Velásquez-Monroy, O., Peralta, M. R., Esqueda, A. L., Hernández, G. P., 2000, G. E., Castillo, C. S., ... Tapia, R. (2003). Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México: Resultados finales de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 [Prevalence and interrelations of noncommunicable chronic diseases and cardiovascular risk factors in Mexico. Final outcomes from the National Health Survey 2000. *Archivos de Cardiología de México*, 73(1), 62–77.