



Las Creencias y el Proceso Salud-Enfermedad.

Teresa L. González Valdés.

Escuela Latinoamericana de Medicina. Cuba

Resumen

Se explica la conducta del hombre ante el proceso salud-enfermedad a partir de la personalidad, y de ella se deducen las actitudes y dentro de éstas, las creencias, por ser consideradas su puerta de entrada. Los distintos tipos de creencias están influidos por diferentes condiciones personales y sociales, destacándose las religiosas, como respuesta ante situaciones de crisis existenciales, las que pueden beneficiar o no el proceso salud-enfermedad de sus poseedores.

Resumo

Explica-se a conduta do homem ante o processo saúde-doença a partir da personalidade, e dela se deduzem as atitudes, e dentro destas, as crenças, por serem consideradas a sua porta de entrada. Os distintos tipos de crenças estão influenciados por diferentes condições pessoais e sociais, destacando-se as religiosas, como resposta ante situações de crises existenciais, as que podem ser benéficas ou não para o processo saúde-doença dos seus portadores.

Abstract

The man's behavior is explained in the health-disease process, starting from the personality and some beliefs are derived from it for being considered the via by which they start. The different kinds of beliefs are influenced by the different personal and social conditions, in which the religions ones are most remarkable as the responses to the situation of existential crisis, which can benefit or not the health-disease process of those who have it.

Palabras Clave: Personalidad, actitudes, creencias, religión y proceso salud-enfermedad.

El hombre, desde que se le está prestando atención al destino del mundo, ha sido considerado como el principal depredador del ambiente, pero a esto se adiciona que, si revisamos las tasas de morbimortalidad publicados anualmente por la OMS, desde hace más de 25 años, se observa que los primeros lugares lo ocupan enfermedades en las que la propia conducta humana desempeña un importante rol en su aparición o evolución. Por tanto, todo hace indicar que el hombre se ha convertido además en un autodepredador, pasando a constituir un mayor interés para las ciencias médicas.

La conducta humana al ser una de las fuentes principales en la determinación de la pérdida del equilibrio en el proceso salud-enfermedad, adopta con ello dos vertientes dentro de ese continuo: la de riesgo de enfermar y la salutífera, por tal razón se erige en un contenido fundamental de estudio para la Psicología de la Salud, contenido lo suficientemente complejo como para impedir poder enfrentarlo como un todo. La complejidad referida radica en que la conducta es la manifestación de otros sistemas que se entrelazan e interpenetran, los cuales se encuentran jerarquizados por la personalidad, la que es la encargada de mediatizarlos con su trama de subsistemas estructurales y funcionales asentada sobre las características del SNC y SNA de cada sujeto; explicando por ende, la multiplicidad de reacciones, a veces diferente en una misma persona, en situaciones en apariencia idénticas.

¿Cómo abordar esta problemática?. Un intento puede ser el llegar a estudiar las actitudes, concepto en el que se concreta el carácter, una de las estructuras de la personalidad y cuya formación depende fundamentalmente del influjo social.

El carácter establece el sello de distinción personal, “por tanto, en la experiencia empírica, conocer el carácter del individuo, es conocer las características esenciales de su manera de actuar en diferentes circunstancias, su línea de conducta, que permite excluir lo que es incompatible con ella” (Núñez de Villavicencio et al., 1987), y esto se puede conocer a través de la observación de las actitudes que el individuo asume ante las diferentes actividades en la que se involucra y sobre todo, en aquellas que responden a su máxima jerarquía motivacional, por ser la que regula y orienta su personalidad.

Las actitudes por su parte, aunque estructura monolítica, están conformadas por todos los procesos psicológicos entrelazados, por ello se considera al componente cognitivo, constituido por “las ideas o información que se tiene acerca del objeto de actitud, lo que se conoce del objeto de actitud. Es el aspecto perceptivo...”; al afectivo, referido a “los sentimientos y emociones que el objeto de actitud despierta en nosotros, lo que se siente acerca del objeto de actitud”, y por último al conductual que “indica el comportamiento del individuo respecto al objeto de actitud” (Casales, 1989). “Para conocer empíricamente una actitud es necesario conocer también las opiniones y creencias implicadas y es sólo a través de ellas como podemos conocer o inferir la existencia de la actitud...” (Rodríguez, 1974), por ello dentro de sus componentes, los cognitivos representan la puerta de entrada de esta disposición, y poseen además las siguientes características:

- Grado de diferenciación: las ideas y elementos se encuentran en determinado número o cantidad.
- Grado de integración: las ideas o elementos cognitivos presentan determinada organización, se

Las Creencias y el Proceso Salud-Enfermedad.

integran en una estructura jerárquica.

- Determinada generalidad o especificidad: esto se refiere a que los elementos cognitivos pueden tener que ver con toda una clase de objetos o con solo un objeto o situación.

El aspecto afectivo surge en la medida que se evalúa al objeto, llegando a tener estas evaluaciones diferencia en cuanto a su volumen e intensidad, estableciendo el rechazo o la aceptación correspondiente. El componente conductual está constituido por las acciones y manifestaciones, así como las afirmaciones verbales relativas a determinadas conductas.

Aunque todos sus elementos se hallan contenidos dentro de un mismo contexto, no siempre las actitudes son consistentes y tal vez un ejemplo cotidiano, dentro de la salud, lo forme el caso de los médicos fumadores u obesos, como exponentes de la teoría de la disonancia cognitiva expuesta por Festinger en 1957. La conducta es, entre sus partes integrantes, la de mayor dificultad para encontrar su correlato, estableciendo un reto su predicción, pues su exhibición puede estar condicionada por diversas motivaciones, convirtiéndose en simuladoras o disimuladoras ante los objetos que se las elicitán, en atención a las consecuencias que puedan conllevarle, distinguiéndose ambas en que la primera la persona muestra conducta que no le son propias; mientras que cuando disimula deja de exteriorizar lo que realmente le caracteriza o siente, situaciones mucho más clara de diferenciar cuando se trata de enfermos, los que a veces simulan que su estado ha empeorado para mantenerse recibiendo un mejor trato por parte de sus familiares y disimulan síntomas, cuando desean abandonar un tratamiento.

Por las propiedades ya expuestas, las cogniciones centran nuestro interés, preferentemente en lo que respecta a las creencias, las que en su definición, no escapan a las contradicciones tan frecuentes que suceden dentro de las ciencias psicológicas, por lo cual podemos encontrar por una parte que son consideradas como “conocimientos *fundamentados y avalados* por la realidad” según Casales (1989), mientras que son definidas por Lazarus y Folkman (1986) como “la noción *preexistente* de la realidad”, que poseen un origen sociocultural y unidas a la afectividad, a través de las evaluaciones, determinan la realidad de “cómo son las cosas” en el entorno y modelan el entendimiento de su significado. Estos autores las enmarcan, junto a los compromisos, dentro de los factores personales que influyen en la evaluación de aquellas situaciones que vivencia el sujeto. Aunque hay que aceptar que hay creencias que reflejan con mayor objetividad la realidad, e incluso pueden sustentarse en evidencias científicas, existen otras, la mayoría, basadas en la subjetividad expresada en la interpretación de las circunstancias vividas.

Los criterios anteriormente sustentados, pueden explicarse a través de la Teoría del sí mismo de la experiencia cognitiva de Epstein (CEST) (Epstein, 1990, 1994; Epstein, Denes-Raj, y Pacini, 1995; Epstein, Lipson, Holstein, y Huh, 1992; Kirkpatrick y Epstein, 1992), quien establece dos modos de pensar: el racional y el experiencial, en donde el primero resulta intencional, analítico y desapasionado, y está basado en la lógica y la evidencia; mientras que el experiencial, en contraste, es evolutivamente más antiguo, intuitivo, emocional y holístico, no siendo su función el encontrar la respuesta correcta sino más bien, organizar la información compleja, extraña o amenazante en una forma controlable y comprensible. Llama nuestra atención que ambos estilos de pensamiento coexisten perfectamente en una misma persona, predominando, según las circunstancias, uno con respecto al otro; y caracterizan la conducta del individuo en aspectos tan importantes como la salud incluso a pesar de su preparación científica, según reportaron Lidenman, Keskivaara y Roschier (2000) en un estudio realizado en Finlandia, al evaluar la validez de un instrumento creado por ellos con la finalidad de medir las creencias mágicas sobre los alimentos y la salud, en el que participaron sujetos de diferentes ocupaciones y nivel de preparación educacional, en el que estaban incluidos estudiantes universitarios de diferentes carreras, allí se ratificó la presencia de una tendencia del pensamiento experiencial en las

Las Creencias y el Proceso Salud-Enfermedad.

mujeres, mientras que en los hombres se observó, cuando estos tendían a la inestabilidad emocional. Esta clasificación del pensamiento experiencial, permite explicar la tendencia ancestral del hombre de vincular los hechos a él acaecidos y que le promueven miedo por resultarles desconocidos o amenazantes con explicaciones dirigidas a amortiguarlo, ya sea por deducir que si imita el efecto que desea producir lo consigue o que si actúa sobre un objeto material afectará de igual forma a la persona con quien este objeto hubiera estado previamente en contacto, leyes que según Frazer (1972) son características del pensamiento mágico, del que muy escasas personas se libran, y sirven de base a las supersticiones, las fobias y muchas de los rituales religiosos, pero que en otros momentos puede compararse con los mecanismos de defensa, al inducir a la persona al autocontrol, permitiéndole tener fe en un amuleto o en una palabra o frase repetida.

Ellis (1989) sin embargo, quien ha dedicado buena parte de su vida al estudio de las creencias, considera las racionales como acertadas, realistas, que aumentan la autoestima, y por tanto, ayudan a la supervivencia y a la felicidad humana, siendo más saludables emocionalmente; mientras que a las irracionales, para las cuales creó la Terapia Racional Emotiva-Conductual (TRE-C), con vista a contrarrestarlas, le atribuye cualidades experienciales, partiendo de que existe una tendencia natural en su formación, y un aprendizaje en su contenido el que ocurre durante la vida del sujeto, determinando muchos problemas emocionales, conductuales e interpersonales.

Las creencias constituyen una de las fuentes del conocimiento, formado por la influencia del conjunto de nuestras relaciones interpersonales, y todas dentro de un determinado escenario socioeconómico y político; por tanto, su contenido es múltiple, y más rico y variado en la medida en que la propia vida del individuo lo sea. El grado de convicción de éstas radica en su origen, es decir, de dónde o de quién proviene la información y por tanto, del poder de persuasión o sugestibilidad de éste y de la sugestionabilidad de aquel, además del reforzamiento positivo que a lo largo de su vida haya acumulado en su personalidad.

La influencia que ejercen las creencias sobre nuestra conducta se produce generalmente de forma inconsciente, y se hace presente, en muchas ocasiones, cuando se produce un cambio en ellas (Dilts, Hallbom y Smith, 1996), lo que explica que los obstáculos para ser identificadas por los propios interesados, radiquen en mecanismos de defensa como la racionalización, proyección o la represión.

Es muy común que ante determinados acontecimientos el hombre busque la explicación, la causa de su aparición y todavía más, el por qué de su implicación (donde aparece el clásico: “¿por qué a mí?”), derivada del acúmulo de experiencias personales, tendencia humana esta que ha dado lugar a la teoría de la atribución planteada por Weiner (1980,1985), la que se acompaña además de la búsqueda acerca del significado de lo ocurrido; por lo tanto, todos siempre estamos dispuestos a expresar nuestras ideas acerca de las situaciones en las que estamos inmersos, aunque estas respuestas no puedan ser corroboradas científicamente.

La salud y la enfermedad, son momentos en la vida de las personas apreciados indistintamente en la medida en que se van sucediendo las diferentes edades y en la medida en que el sentido personal en cada una de las etapas de la vida va transformándose, al hacerlo las demandas personales en su interacción con el medio social, las que determinan modificaciones en los valores atribuidos a cada estado dentro del proceso bipolar y que se conjugan con la esperanza de vida que caracterice al país en donde se viva. Las creencias de cómo mantener la primera y evitar la segunda se van conformando bajo el influjo de las mismas fuentes que la de las restantes, entiéndase: la familia, la escuela y las demás agrupaciones sociales, además de la propia experiencia personal, pero en este caso particular, incluida la definición que tenga la Medicina en cada país, ya sea ésta predominantemente curativa o preventiva,

Las Creencias y el Proceso Salud-Enfermedad.

o sea ésta socializada o no, al facilitarle o no la asistencia a sus servicios, amén del uso que al efecto se haga de los medios de difusión masiva para promover tales ideas.

El hombre es el ejemplar superior de la especie animal por poseer conciencia, la que aceptamos en su expresión psicológica, como el reflejo psíquico de más alta jerarquía que le “permite al sujeto percatarse de lo que ocurre en sí mismo (autoconciencia) y en su entorno, así como organizar su conducta para que ésta se adecue a lo que acontece, con el propósito fundamental de garantizar su adaptación creadora al medio, posibilitando la modificación de éste según sus necesidades y las de su colectivo social. Es por tanto, una función de síntesis de lo cognoscitivo, afectivo y conativo que permite su actividad armónica” (González, 2001); pero por esta misma cualidad, resulta el más complejo y contradictorio de los habitantes del mundo, pues aunque consciente actúa la más de las veces sin dar crédito a las orientaciones emanadas por las instituciones dedicadas a la Educación para la Salud, exponiendo su vida por creerse invulnerable (“no tiene porqué sucederme a mí”), y mientras no la siente amenazada (“de algo hay que morir” refieren muchos de los que se mantienen fumando hasta dos cajas de cigarrillos diarias), no modifican sus conductas de alto riesgo.

Cuando la persona vivencia encontrarse bajo una crisis existencial, como sería el creer amenazada su salud, y por tanto, sentirse insegura ante el futuro, es el momento en que se observan, sobre todo, cambios abruptos en sus actitudes, al concurrir en ellas preferentemente las creencias experienciales con respecto a las racionales, buscando con ello, encontrar el apoyo psicológico y social que le son necesarios, ocurriendo otro tanto, cuando convive bajo presiones sociales, que desequilibran su capacidad de adaptación al medio y que le hacen entonces retomar antiguos hábitos o creencias ya olvidados, exagerar los existentes o comenzar a incursionar en ellos, por imitación o sugerencia casi siempre de otros, con los que se identifica.

Las creencias religiosas son las más recurrentes ante las situaciones de crisis (Ramírez, 1997) y por ello se observa desde las últimas décadas del pasado siglo XX, en las que se ha desatado el peligro de la globalización y de sus consecuencias, así como de todo un sinfín de descalabros en la paz y en las economías de los países, un incremento en el número de personas que se inician en las diversas religiones o que asisten a sus rituales, gran número de ellas, sin conocer mucho acerca de sus premisas ni de las diferencias entre éstas; manteniendo una conducta heterodoxa y circunstancial.

El locus de control externo descrito por Rotter en 1966, es el que domina, y dentro de éste, prevalece entonces el de la salud, impidiendo que la persona adopte una actitud de responsabilidad hacia su propia vida, a menos que dentro de las creencias religiosas, si éstas responden a un sistema en el que se contemplen medidas que beneficien el cuidado y mantenimiento de la salud como es el caso de los mormones, por dar un ejemplo, se vea obligado a ello, pero en aquellas en que no ocurre un estricto control o atención a estas cuestiones, pudiera resultar perjudicial para el equilibrio salud-enfermedad al depositar completamente la causa de los trastornos en un designio sobrenatural o místico.

Como conclusión podemos platearnos que el sistema de creencias, formado en la personalidad a través de la propia existencia y como resultado de su interacción con el medio social, contribuye a materializar la conducta, y las religiosas, entre otras, parecen ocupar en los últimos tiempos un tanto pletórico de amenazas, un lugar preferente dentro de la vida de muchos, ejerciendo una influencia beneficiosa o perjudicial, según el caso, dentro del proceso salud-enfermedad; cuestión a tener en cuenta por todos aquellos que tienen como responsabilidad social el cuidado de la salud del pueblo, para apoyándose en ellas, ejercer de una manera más eficaz sus acciones preferentemente preventivas o curativas, éstas últimas cuando las primeras hayan fracasado.

Bibliografía.

- Casales, JC (1989) "Psicología Social. Contribución a su estudio". Ed. Ciencias Sociales, La Habana. (Cap. VIII).
- Dilts, R, Hallbom, T y Smith, S (1996) "Las Creencias. Caminos hacia la salud y el bienestar", Ed. Urano. Argentina. (Cap. 1).
- Ellis, A y Dryden, W (1989) "Práctica de terapia racional-emotiva". Ed. Desclée de Brouwer, Bilbao. (Cap. 1).
- Epstein, S, Pacini, R, Denes-Raj, V y Heier, H (1996) "Individual differences in intuition-experiential and analytical-rational thinking styles". *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 390-405.
- Epstein, S, Lipson, A, Holstein, C y Huh, E (1992) "Irrational reactions to negative outcomes: Evidence for two conceptual systems". *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 328-332.
- Frazer, JG (1972) "La Rama Dorada". Ed. Ciencias Sociales. La Habana, (Cap. III).
- González, R (2001) "Psicología y Salud". Ed. Ciencias Médicas. Ciudad de la Habana, (Cap. 1).
- Lazarus, R y Folkman, S (1986) "Estrés y Procesos Cognitivos". Ed. Martínez Roca, Madrid, (Cap. 3).
- Lidenman, M, Keskivaara, P y Roshier, M (2000) "Assessment of Magical Beliefs about Food and Health". *Journal of Health Psychology*, 5, 195-209.
- Núñez de Villavicencio, F, Jordán, A, Pradere, E, Ruíz, G, Gozá, J, Neyra, M, et al. (1987) "Psicología Médica". (T-I), Ed. Ciencia y Técnica, La Habana. (Cap. 10)
- Ramírez, J (1997) "Religión, cultura y sociedad en Cuba". *Papers*, 52, 139-153.
- Rodríguez, A (1974) "Las Actitudes". (T.3). Dpto. Psicología. MINED, La Habana.