

Creencias, enfermedad y salud psicosocial. Evaluación teórica de la aplicabilidad del Modelo de Creencias de Salud (MCS) en población expuesta al riesgo

Leonardo Fabio Fernández Torres⁴⁷

Joel Zapata Salazar⁴⁸

Rafael Armando Samaniego Garay⁴⁹

Resumen:

La comprensión de los procesos de salud-enfermedad en contextos de alta exposición al riesgo, como lo es el caso el de la Policía Nacional, en Colombia, exige marcos teóricos capaces de articular lo individual con lo institucional, lo psicológico con lo social. Aunque este grupo no ha sido tradicionalmente considerado vulnerable, estudios han documentado que los policías activos enfrentan condiciones laborales críticas —estrés crónico, exposición a violencia, desgaste emocional, estigmatización del autocuidado y acceso limitado a servicios psicosociales— que configuran una vulnerabilidad estructural. En este contexto, el objetivo general de la investigación es evaluar la aplicabilidad del Modelo de Creencias de Salud (MCS) en poblaciones policiales y proponer una ampliación teórica de sus alcances. Se trata de un estudio de diseño teórico-documental con alcance explicativo. El procedimiento metodológico consistió en una revisión analítica de fuentes académicas indexadas que abordan el uso del MCS en poblaciones específicas, así como el cruce conceptual con el enfoque biopsicosocial y la teoría de los sistemas complejos, con el fin de valorar la coherencia interna y externa del modelo, así como su validación empírica. Como resultado, se identifica que el MCS permite describir algunas creencias individuales

⁴⁷ Centro de Estudios e Investigaciones Interdisciplinarios (CEII), Universidad Autónoma de Coahuila. leonardo.fernandez@uadec.edu.mx <https://orcid.org/0009-0006-4589-7677>

⁴⁸ Centro de Estudios e Investigaciones Interdisciplinarios (CEII), Universidad Autónoma de Coahuila. joel_zapata@uadec.edu.mx <https://orcid.org/0000-0002-7315-716X>

⁴⁹ Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Zacatecas. rasaman@uaz.edu.mx <https://orcid.org/0000-0002-7877-0959>



UANL



FTSYDH

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

relacionadas con la salud; sin embargo, para explicar los procesos de enfermedad psicosocial, presenta limitaciones importantes en contextos institucionales jerarquizados, al no considerar factores culturales, organizacionales y estructurales que condicionan las decisiones preventivas. Ante ello, se propone una integración conceptual con modelos más amplios que permitan una lectura compleja, dinámica y contextualizada de los procesos de salud-enfermedad en los cuerpos policiales. Se concluye que el modelo evaluado, con sus ajustes, puede servir de base para desarrollar intervenciones preventivas más sensibles a la realidad institucional, aportando al diseño de estrategias interdisciplinarias de salud pública con enfoque crítico.

Palabras clave: *Modelo de Creencias de Salud; Policía Nacional; Salud-Enfermedad; Enfoque Biopsicosocial; Sistemas Complejos.*



UANL



FTSyDH

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

Introducción

La comprensión de los procesos de salud y enfermedad en poblaciones sometidas a condiciones de alta exigencia física, cognitiva y emocional, como ocurre en los cuerpos policiales, representa un desafío complejo para las ciencias de la salud pública y la psicología aplicada. A pesar de que la Policía Nacional en Colombia no ha sido tradicionalmente reconocida como un grupo vulnerable, algunas investigaciones han documentado que sus integrantes enfrentan factores de riesgo acumulativos, tales como el estrés crónico, la exposición frecuente a violencia, el desgaste emocional sostenido, la estigmatización del autocuidado psicológico y las dificultades de acceso a servicios de apoyo psicosocial (Benavides et al., 2020; Montero-Yaya et al., 2020). Estos elementos configuran un patrón de vulnerabilidad estructural, en el cual las condiciones laborales, organizacionales y simbólicas determinan tanto los estados de salud como las posibilidades reales de adoptar conductas preventivas (Tarimo *et al.*, 2018).

Frente a esta problemática, se hace necesario evaluar la capacidad explicativa de los modelos tradicionales de cambio conductual en salud, particularmente aquellos diseñados desde una perspectiva individualista y racionalista. En este contexto, el Modelo de Creencias de Salud (MCS)—uno de los marcos ampliamente utilizados en salud pública— se presenta como una herramienta analítica de interés, dado que intenta explicar por qué las personas deciden, o no, adoptar conductas preventivas en función de sus percepciones subjetivas de riesgo, beneficios, barreras y autoeficacia (Alyafei y Easton-Carr, 2024; Rosenstock, 1974). No obstante, su aplicabilidad en poblaciones institucionalizadas como la policial resulta cuestionable, en tanto ignora factores contextuales, como la cultura organizacional, las relaciones jerárquicas, el estigma institucional y las normas implícitas que moldean el comportamiento (Carpenter, 2010).

A partir de esta tensión entre la utilidad del modelo y sus limitaciones estructurales, el presente documento tiene como objetivo evaluar la aplicabilidad del MCS en poblaciones policiales y, con base en dicha evaluación, proponer una ampliación teórica que permita integrar variables culturales, organizacionales y sociales, articulando lo individual con lo institucional, lo psicológico con lo estructural. Para ello, se desarrolla una investigación de



UANL FTSYDH



POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

carácter teórico-documental con alcance explicativo, fundamentada en el análisis de fuentes académicas indexadas que abordan el uso del MCS en diversas poblaciones, particularmente en contextos de riesgo institucional, así como en el cruce conceptual con el enfoque biopsicosocial y la teoría de los sistemas complejos (Engel, 1977; García, 2006).

El documento se estructura en seis apartados. El primero presenta los antecedentes y fundamentos del MCS, su evolución teórica y su validación empírica. Posteriormente, se exponen los hallazgos del análisis documental, identificando tanto los aportes del modelo como sus vacíos en contextos institucionales. En tercer lugar, se discuten sus limitaciones epistemológicas y metodológicas, a la luz de modelos alternativos y propuestas teóricas contemporáneas. Finalmente, se presenta una propuesta de ampliación conceptual del MCS, orientada a la formulación de estrategias preventivas más sensibles al entorno laboral y social de los cuerpos policiales.

Origen y evolución del Modelo de Creencias de Salud

El Modelo de Creencias de Salud (MCS) fue formulado en los años cincuenta por psicólogos sociales del U.S. Public Health Service con el propósito de explicar por qué las personas no utilizaban servicios preventivos de salud, incluso cuando estos eran accesibles y gratuitos (Rosenstock, 1974). Su desarrollo se inspiró en la necesidad de fundamentar campañas de detección temprana de enfermedades crónicas como la tuberculosis, y desde entonces se ha consolidado como uno de los modelos más utilizados en la promoción de la salud a nivel internacional.

En su formulación original, el MCS planteaba que las conductas preventivas estaban determinadas por cuatro dimensiones cognitivas principales: (1) susceptibilidad percibida, o creencia personal sobre la probabilidad de contraer una enfermedad; (2) severidad percibida, o creencia sobre las consecuencias negativas de esa enfermedad; (3) beneficios percibidos de adoptar una conducta preventiva; y (4) barreras percibidas que dificultan dicha conducta (Rosenstock, 1974). A partir de la década de 1980, se añadieron dos componentes complementarios: la autoeficacia, es decir, la confianza del individuo en su capacidad para ejecutar una conducta deseada (Bandura, 1977; Janz y Becker, 1984), y las señales de acción,



UANL FTSyDH



POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

entendidas como eventos internos (síntomas) o externos (recordatorios, mensajes) que disparan la conducta de salud (Alyafei y Easton-Carr, 2024).

El MCS se inscribe dentro de los modelos cognitivos racionalistas, donde la conducta se interpreta como producto de procesos mentales deliberativos. Este supuesto le ha permitido operacionalizarse con facilidad en estudios cuantitativos y ha sido aplicado en múltiples contextos: vacunación, autoexploraciones, detección de cáncer, prevención de VIH, diabetes y enfermedades cardiovasculares (Champion y Skinner, 2008).

No obstante, con el paso del tiempo han surgido críticas conceptuales y metodológicas que señalan la excesiva centralidad de la agencia individual y la escasa consideración de variables emocionales, culturales y estructurales (Carpenter, 2010; Ogden, 2003). Además, estudios muestran que su validez predictiva es limitada, especialmente cuando se utiliza de manera lineal y aislada, sin considerar mediadores sociales ni contextuales (Carpenter, 2010). Estas limitaciones han motivado propuestas de ampliación del modelo, así como su articulación con enfoques más integradores, como el enfoque biopsicosocial y los modelos ecológicos.

Validación empírica del modelo: aportes y límites

Desde su formulación, el MCS ha sido ampliamente utilizado en contextos de salud pública, demostrando su aplicabilidad en diversas conductas preventivas. Por ejemplo, ha orientado intervenciones para promover la detección temprana del cáncer de cuello uterino (Yirsaw *et al.*, 2024), la mamografía para el cáncer de mama (Moreira *et al.*, 2020), así como el autoexamen de mama (Ojeda *et al.*, 2025). Asimismo, el modelo ha sido empleado en programas para la cesación del tabaquismo (Moore *et al.*, 2017), el uso de anticonceptivos (Matzumura *et al.*, 2022), la prevención de enfermedades como la osteoporosis (Ahn y Oh, 2021), el fomento de la salud bucodental (Olave *et al.*, 2021) y la adopción de hábitos de alimentación saludable (Aguilera *et al.*, 2023). La solidez del modelo ha sido evidenciada por su capacidad para predecir y explicar una amplia gama de comportamientos de salud en poblaciones diversas (Carpenter, 2010), así como por su uso recurrente en el diseño de intervenciones efectivas en salud pública (Torres, 2021).



UANL



FTSYDH

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

Estos estudios permiten concluir que el MCS es útil para diagnosticar perfiles perceptivos individuales, y puede ser efectivo como marco educativo inicial. No obstante, su capacidad explicativa y predictiva es baja en instituciones policiales donde la conducta está condicionada por normas jerárquicas, estigmas organizacionales, mandatos de género y ausencia de señales institucionales de acción. Por tanto, su aplicación exige una ampliación conceptual y metodológica, especialmente cuando se trata de fenómenos como la salud psicosocial o el autocuidado emocional en cuerpos policiales.

Comparación con modelos alternativos

Aunque el MCS ha sido uno de los marcos más influyentes en la promoción de conductas preventivas, su enfoque individualista y racionalista ha generado múltiples críticas, especialmente cuando se intenta aplicarlo a contextos institucionales complejos. En consecuencia, algunos autores han propuesto modelos alternativos o complementarios que incorporan dimensiones sociales, emocionales, motivacionales y contextuales. Entre ellos destacan el Modelo de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1977), el Modelo de la Conducta Planificada (Ajzen, 1991), el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales (Fisher y Fisher, 1998) y el Modelo Transteórico del Cambio (Prochaska y DiClemente, 1983) (**Tabla 1**).

Modelo de la Acción Razonada (MAR)

Desarrollado por Fishbein y Ajzen (1977), el MAR sostiene que el comportamiento es precedido por la intención conductual, determinada a su vez por dos factores: la actitud hacia la conducta (evaluación de sus consecuencias) y la norma subjetiva (percepción de las expectativas sociales). Este modelo introduce un elemento clave ausente en el MCS: la influencia normativa. En poblaciones policiales, donde las decisiones están altamente condicionadas por la cultura institucional, la presión grupal y las jerarquías, este componente resulta indispensable para explicar la disonancia entre creencias individuales y conductas reales (Lane *et al.*, 2022).



UANL



FTSYDH

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

Modelo de la Conducta Planificada (MCP)

El MCP es una extensión del MAR que añade una tercera variable: el control conductual percibido, equivalente a la autoeficacia. Según Ajzen (1991), esta percepción influye tanto en la intención como en la ejecución de la conducta, especialmente cuando existen obstáculos estructurales o limitaciones externas. Como destaca Barra (2001), este modelo resulta especialmente útil cuando se trata de poblaciones que no tienen control total sobre sus decisiones de salud, como ocurre con los policías frente al estrés, la exposición al riesgo o la estigmatización del autocuidado.

Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales (MIC)

Desarrollado por Fisher y Fisher (1998), el MIC propone que la conducta en salud se basa en tres componentes: información relevante, motivación personal y social, y habilidades conductuales específicas. A diferencia del MCS, este modelo asume que la información por sí sola no es suficiente, y que es necesario incorporar la capacidad real de ejecución (Barra, 2001). En contextos policiales, donde la presión operativa y el desconocimiento técnico pueden limitar el autocuidado, el MIC ofrece un marco más funcional para diseñar intervenciones efectivas y culturalmente sensibles.

Modelo Transteórico del Cambio

Desarrollado por Prochaska y DiClemente a partir de investigaciones con personas en procesos de cesación del tabaquismo. Este modelo propone que el cambio conductual ocurre a lo largo de una secuencia de etapas: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento, permitiendo así adaptar las intervenciones según el estadio en que se encuentre el sujeto (Prochaska y DiClemente, 1983). Su principal aporte radica en reconocer que el cambio no es un acto puntual, sino un proceso evolutivo que puede avanzar o retroceder. En contextos policiales, esta visión resulta útil para comprender los diferentes



UANL FTSyDH



POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

niveles de disposición hacia el autocuidado, la búsqueda de ayuda psicológica o la adopción de hábitos saludables.

Tabla 1.

Síntesis comparativa modelos psicosociales de salud

Modelo	Enfoque central	Aportes	Limitaciones
Modelo de Creencias de Salud	Percepciones individuales sobre salud	Operacionalización sencilla, útil en educación	Ignora presión normativa y contexto institucional
Modelo de Acción Razonada	Actitudes + normas subjetivas	Integra componente social	No considera emociones ni control conductual
Modelo de la Conducta Planificada	Intención + control percibido	Mejora predicción en contextos estructurados	No capta factores emocionales ni históricos
Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales	Información + motivación + habilidades	Enfoque práctico y contextualizado	Requiere adaptación cultural
Modelo Transteórico del Cambio	Cambio conductual en etapas	Permite adaptar intervenciones según la disposición al cambio del individuo	No considera adecuadamente el contexto institucional ni factores estructurales

Nota. Elaboración propia. Se presenta una síntesis comparativa de modelos teóricos utilizados en estudios sobre conducta preventiva y salud, se busca enfatizar sus enfoques centrales, sus aportes explicativos y las restricciones que enfrentan al aplicarse en poblaciones expuestas a riesgo como la policía.

Metodología

El diseño de estudio de la presente investigación se enmarca en un diseño teórico-documental con alcance explicativo, orientado a analizar la aplicabilidad del Modelo de Creencias de Salud en contextos institucionales de riesgo, específicamente en poblaciones policiales. Esta modalidad de estudio tiene como finalidad examinar, sintetizar y reinterpretar



UANL FTSyDH



POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

marcos teóricos y evidencias empíricas previas, con el objetivo de identificar las potencialidades y limitaciones del modelo y proponer una ampliación conceptual fundamentada.

El enfoque explicativo adoptado busca ir más allá de la mera descripción de estudios existentes, proponiendo una reconstrucción teórica del MCS desde una perspectiva compleja y situada, que permita su adecuación a escenarios donde la conducta de salud está condicionada por estructuras organizacionales, normas jerárquicas, y dinámicas psicosociales particulares, como ocurre en las fuerzas policiales (Engel, 1977; García, 2006).

El procedimiento de análisis documental se estructuró en dos fases: una revisión de literatura y una interpretación crítica de fuentes. En la primera fase, se realizó una búsqueda dirigida de literatura científica indexada en bases de datos especializadas como Scopus, PubMed, ScienceDirect y Scielo, utilizando combinaciones booleanas de palabras clave como: “Health Belief Model”, “police health”, “psychosocial risk”, “preventive behavior” y “structural vulnerability”. Se incluyeron artículos publicados entre 2015 y 2025 que aplicaran el MCS en población policial en idioma inglés y español.

En la segunda fase, se procedió a una lectura analítica y comparativa de los textos seleccionados, identificando: Tipo de estudio (cuantitativo, cualitativo, mixto), variables del MCS evaluadas, conductas analizadas (salud física, salud mental, conductas preventivas), resultados principales y limitaciones reconocidas por los autores.

Adicionalmente, se incluyeron textos teóricos fundacionales y críticos del MCS, así como modelos alternativos y propuestas de ampliación conceptual. Todo el corpus documental fue organizado mediante matrices de análisis temático, lo que permitió la posterior triangulación conceptual con el enfoque biopsicosocial y la teoría de sistemas complejos.

Criterios de categorización y análisis

Para garantizar la coherencia analítica del estudio, se establecieron cuatro ejes de categorización principales: 1. Validez predictiva del MCS en contextos reales de intervención (efectos empíricos de sus variables centrales). 2. Coherencia interna y externa del modelo en



UANL FTSyDH



POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

su aplicación a poblaciones policiales. 3. Capacidad de integración de factores estructurales, organizacionales y normativos, no contemplados en su formulación clásica. 4. Compatibilidad teórica con enfoques ampliados como el modelo biopsicosocial y la teoría de los sistemas complejos.

Estos criterios permitieron reorganizar los hallazgos documentales no solo en términos de frecuencias o resultados, sino también desde una lógica explicativa y reconstructiva. A partir de ellos, se formularon interpretaciones teóricas sobre las condiciones bajo las cuales el MCS puede ser útil, insuficiente o superable, especialmente en contextos de vulnerabilidad estructural como el de la Policía Nacional (**Tabla 2**).

Tabla 2.

Síntesis de estudios empíricos del Modelo de Creencias de Salud en policías

Autor	País	Conducta o variable evaluada	Uso del MCS	Hallazgos
Keech <i>et al.</i> (2020)	Australia	Creencias sobre el estrés y bienestar	Marco conceptual complementario	Las creencias sobre el estrés predicen bienestar más que percepción de riesgo.
Ameri <i>et al.</i> (2024)	Irán	Salud general y espiritualidad	Modelo parcial; variables metacognitivas	La regulación emocional media el efecto de creencias en salud.
Tarimo <i>et al.</i> (2018)	Tanzania	Prevención VIH y género	Marco inicial combinado con género	Las normas de género y jerarquía limitan la prevención racional.
Vries <i>et al.</i> (2025)	Países Bajos	Autocontrol y estrés con tecnologías	Versión ampliada del MCS	La autoobservación mejora autoeficacia, pero no siempre cambia la conducta.
Strathdee <i>et al.</i> (2015)	México	Prevención VIH y seguridad ocupacional	Modelo transcontextual (incluye MCS)	El cambio depende más de normas organizacionales que de creencias individuales.
Haufiku <i>et al.</i> (2024)	Namibia	Acceso a programas de salud mental	Marco explicativo de barreras simbólicas	El estigma institucional bloquea la conducta preventiva.

Lane <i>et al.</i> (2022)	Canadá	Actitudes hacia la búsqueda de ayuda profesional	Comparación indirecta con creencias en salud	La disposición depende de experiencia previa y entorno, más que de creencias.
Kartal <i>et al.</i> (2024)	Turquía	Autoexploración testicular	Aplicación directa del MCS	Alta percepción de barreras inhibe conducta pese a conocimientos.
Saffari <i>et al.</i> (2020)	Irán	Prevención de riesgo cardiovascular	Intervención basada en el MCS	El MCS mejora percepción, pero tiene impacto limitado en indicadores clínicos.

Nota. Elaboración propia. Se presenta una síntesis de nueve estudios que aplican o adaptan el MCS en contextos policiales entre 2015 y 2025, se recopila información sobre país de realización, conducta o variables evaluadas, uso específico del modelo y hallazgos.

Resultados del análisis documental

Uno de los principales aportes del MCS radica en su capacidad para estructurar y operacionalizar creencias individuales relacionadas con la adopción o evitación de conductas preventivas. Su marco teórico ha permitido identificar de manera sistemática variables subjetivas como la susceptibilidad percibida, la severidad esperada, los beneficios percibidos, las barreras anticipadas, la autoeficacia y las señales de acción. En contextos policiales, donde la salud física y mental suele quedar supeditada a normas operativas y presiones estructurales, el MCS ha servido como herramienta útil para captar las percepciones individuales que subyacen a las decisiones de cuidado personal, aunque con ciertas limitaciones que se abordarán más adelante.

En el estudio de Keech *et al.* (2020) realizado con policías australianos, se adaptó una versión del MCS para explorar cómo las creencias sobre el estrés influían en el bienestar físico y psicológico. Los autores encontraron que variables como la percepción del estrés como una amenaza o como un desafío tenían efectos diferenciados en la autoeficacia y en las estrategias de afrontamiento. Aunque no se midieron explícitamente todas las variables del modelo clásico, los resultados respaldan la utilidad del MCS para identificar marcos



UANL FTSYDH



POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

cognitivos que median entre la percepción del riesgo y la conducta. Se concluyó que las creencias individuales, en particular las relacionadas con la interpretación del estrés, eran predictoras más fuertes del bienestar que factores contextuales generales.

Asimismo, el estudio cuasiexperimental de Saffari *et al.* (2020), aplicado a policías iraníes, ofrece evidencia directa de la utilidad del MCS en el diseño de intervenciones preventivas. Mediante sesiones educativas estructuradas según los seis componentes del modelo, los autores reportaron mejoras significativas en las puntuaciones de percepción de riesgo, beneficios y autoeficacia, acompañadas de reducciones en barreras percibidas hacia la adopción de prácticas saludables. Aunque los efectos fisiológicos (como presión arterial o glucosa) fueron menos marcados, el cambio en las creencias sugiere que el MCS puede ser eficaz para iniciar procesos de reestructuración cognitiva en torno a la salud.

En una línea similar, Kartal *et al.* (2024) aplicaron la escala Champion, basada en el MCS, para evaluar el conocimiento, actitud y práctica respecto a la autoexploración testicular en policías de Turquía. Aunque el nivel de conocimiento fue bajo, los participantes reconocieron la gravedad de la enfermedad y los beneficios de la autoexploración, pero también reportaron altos niveles de barreras percibidas y baja autoeficacia. Este hallazgo corrobora el valor diagnóstico del MCS para identificar desequilibrios entre el conocimiento y la acción, así como para diferenciar entre creencias racionales y componentes afectivos que bloquean la conducta.

Finalmente, en el estudio de Ameri *et al.* (2024), aunque el análisis se enfocó principalmente en las creencias metacognitivas, se utilizó el MCS como marco base para explorar su relación con la salud general y espiritual de los policías iraníes. Los autores hallaron que las creencias de control emocional y la autoeficacia eran predictores importantes de salud percibida, lo que refuerza la relevancia de integrar el MCS con otros marcos psicológicos más dinámicos. El MCS, en este caso, sirvió como puente conceptual para vincular variables tradicionales de salud con constructos más complejos como la regulación cognitiva.

Estos estudios demuestran que el MCS continúa siendo una herramienta pertinente para estructurar las creencias individuales en salud, facilitando tanto la evaluación



UANL



FTSYDH

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

diagnóstica como el diseño de intervenciones psicoeducativas. Su uso ha permitido identificar con claridad las representaciones cognitivas de riesgo, beneficio y dificultad percibida en policías de distintos países y culturas. No obstante, como se analizará en el siguiente apartado, el paso de la percepción a la conducta no siempre ocurre de manera lineal, especialmente cuando las condiciones institucionales imponen restricciones o estigmas sobre las decisiones de cuidado personal.

Limitaciones del MCS en contextos institucionales jerarquizados

Si bien el MCS ha demostrado ser útil para identificar creencias individuales relacionadas con la salud, su aplicabilidad en contextos institucionales jerarquizados, como el de las fuerzas policiales, presenta limitaciones tanto en su capacidad predictiva como explicativa. Estas limitaciones se derivan, principalmente, de la falta de integración de variables estructurales, culturales y organizacionales que median o inhiben la relación entre percepción y acción.

En el estudio de Kartal *et al.* (2024), aunque los policías turcos reconocían la gravedad del cáncer testicular y los beneficios de la autoexploración, menos del 15% había realizado la práctica. El análisis mostró que las barreras percibidas, la baja autoeficacia y la falta de señales institucionales de acción obstaculizaban la conducta preventiva. A pesar de contar con un conocimiento básico adecuado, la presión cultural y la falta de normalización organizacional de estas prácticas de autocuidado actuaban como frenos estructurales no contemplados en el modelo.

Un estudio similar fue reportado por Tarimo *et al.* (2018) en policías de Tanzania. Aunque muchos oficiales reconocían la necesidad de prevenir el VIH y mostraban disposición inicial a participar en ensayos de vacunas, sus decisiones estaban condicionadas por mandatos de género, la cultura de la fuerza y el temor a juicios por parte de sus superiores. Estas normas tácitas generaban un conflicto entre la racionalidad preventiva (descrita por el MCS) y la lealtad institucional, lo que evidencia que el modelo no capta la dimensión simbólica y normativa del entorno organizacional.



UANL



FTSYDH

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

La investigación de Haufiku *et al.* (2024) en Namibia reafirma esta observación. Al estudiar el acceso a programas de salud mental dentro de la policía, los autores encontraron que el principal inhibidor no era la falta de conciencia sobre la utilidad de dichos programas, sino el estigma institucional que asociaba la búsqueda de ayuda psicológica con debilidad, incompetencia o incapacidad para el servicio operativo. Estas barreras, profundamente enraizadas en la cultura policial, no son abordadas por las dimensiones tradicionales del MCS, que asumen una racionalidad individual desvinculada del contexto.

En el caso de Canadá, Lane *et al.* (2022) exploraron las actitudes de policías hacia la búsqueda de tratamiento profesional en salud mental. A diferencia de lo que postula el MCS, los factores más determinantes para buscar ayuda no fueron las percepciones de riesgo ni los beneficios percibidos, sino la experiencia personal con problemas de salud mental, el entrenamiento recibido y el nivel de apoyo institucional. Este hallazgo indica que el MCS no contempla factores experienciales, formativos ni de legitimación organizacional, que resultan centrales en ambientes jerárquicos.

Por otro lado, estudios que emplearon tecnologías para fomentar el autocuidado, como el de Vries *et al.* (2025), demostraron que la conciencia individual sobre el estrés y la autoeficacia pueden incrementarse mediante intervenciones digitales, pero estos cambios no necesariamente se traducen en modificaciones conductuales si el entorno no los valida o respalda. Es decir, el paso de la cognición a la acción exige condiciones de posibilidad externas que el MCS clásico no aborda.

Finalmente, el Proyecto ESCUDO, desarrollado en México y descrito por Strathdee *et al.* (2015), aplicó un modelo transcontextual que incluía al MCS, pero lo combinaba con componentes del Modelo de la Acción Razonada y de la Teoría de la Autodeterminación. Los autores observaron que las creencias individuales eran necesarias, pero no suficientes: los cambios sostenibles requerían modificaciones en el entorno organizacional, incluida la formación de superiores, el ajuste de protocolos internos y la redefinición de lo que se considera conducta profesional esperada.

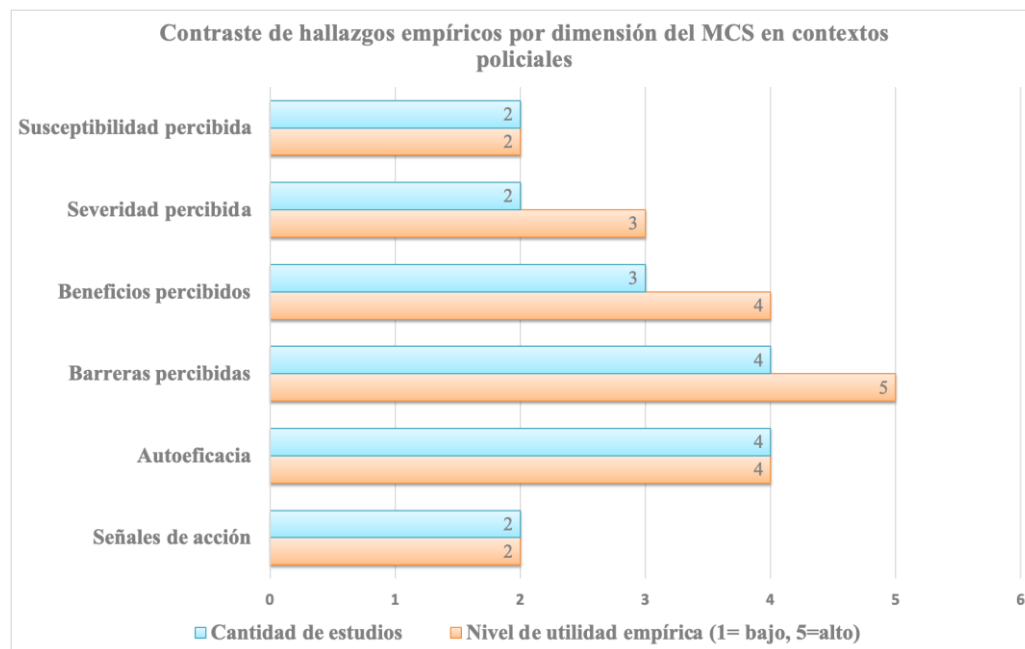
La evidencia analizada permite afirmar que el MCS, en su forma clásica, no posee la complejidad necesaria para captar los determinantes conductuales en instituciones policiales.

Su enfoque individualista y racional, aunque útil como punto de partida, subestima el peso de los factores sociales, normativos, jerárquicos y simbólicos que condicionan las decisiones de salud en entornos organizacionales cerrados y fuertemente reglamentados. Estas limitaciones justifican la necesidad de una ampliación teórica del modelo, que incorpore dimensiones contextuales, culturales y dinámicas.

Contraste de hallazgos en contextos policiales

Figura 1

Contraste de hallazgos empíricos por dimensión del Modelo de Creencias de Salud en contextos policiales



Nota. La figura indica la cantidad de estudios identificados por dimensión y el nivel de utilidad empírica asignado (escala de 1=bajo a 5=alto), informando las dimensiones de mayor relevancia en la evidencia disponible.

La figura 1 muestra una síntesis visual de la utilidad empírica de cada una de las seis dimensiones centrales del MCS, según los hallazgos analizados en estudios realizados con



UANL FTSYDH



POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

poblaciones policiales. El nivel de utilidad se expresa en una escala del 1 al 5, donde 1 indica baja relevancia práctica y 5 representa una alta capacidad explicativa o predictiva (Figura 1).

Los resultados revelan que las barreras percibidas y la autoeficacia son las dimensiones más sólidas en términos empíricos. Estas dos variables se repiten de forma consistente como predictores de conducta o inhibidores clave en la mayoría de los estudios revisados. Por ejemplo, en los trabajos de Kartal *et al.* (2024), Haufiku *et al.* (2024) y Lane *et al.* (2022), se identificó que el temor al estigma, la presión institucional o la falta de entrenamiento adecuado actuaban como barreras estructurales que no solo limitaban la conducta, sino también la percepción de capacidad para actuar.

Los beneficios percibidos también mostraron un valor explicativo moderado-alto (nivel 4), particularmente en estudios donde se aplicaron intervenciones educativas (Saffari *et al.*, 2020). No obstante, los beneficios fueron significativos solo cuando se acompañaban de condiciones organizacionales favorables, lo que indica una dependencia contextual de esta dimensión.

En contraste, dimensiones como la susceptibilidad percibida y las señales de acción presentan baja utilidad empírica en entornos policiales. La susceptibilidad fue reconocida en varios estudios, pero su presencia no se tradujo en acción preventiva. Tal como reporta Carpenter (2010), esta variable ha sido históricamente débil en el modelo. Las señales de acción, por su parte, fueron poco o nada identificadas en las intervenciones analizadas, debido a su escasa operacionalización o a la ausencia de disparadores institucionales reales en el entorno de trabajo.

Finalmente, la severidad percibida mostró una utilidad moderada, especialmente en lo relacionado con enfermedades crónicas o riesgo de salud mental, pero sin efectos consistentes sobre la conducta, lo que refuerza la idea de que reconocer un problema no implica necesariamente actuar sobre él, especialmente en contextos donde existen restricciones normativas o culturales. La figura ilustra cómo el MCS puede ser útil para mapear creencias individuales en policías, pero al mismo tiempo revela su insuficiencia para explicar la transición creencia-conducta en entornos organizacionalmente complejos.

Discusión y propuesta de ampliación del Modelo de Creencias de Salud

Las limitaciones teóricas del MCS en poblaciones institucionales, quedan manifiestas en los resultados del análisis documental, mismos que revelan que, aunque el MCS ha sido una herramienta útil para describir creencias individuales sobre salud, presenta limitaciones estructurales cuando se traslada a contextos institucionales jerarquizados. Su formulación original parte de una visión racionalista e individualista del comportamiento, en la que el sujeto actúa con base en percepciones de riesgo, utilidad, barreras y autoeficacia. Esta concepción no contempla la complejidad de los factores psicosociales, normativos, afectivos y estructurales que median las decisiones de cuidado en entornos como el policial.

Como han evidenciado estudios aplicados en Tanzania, Irán, Namibia, Turquía y Canadá (Haufiku *et al.*, 2024; Kartal *et al.*, 2024; Lane *et al.*, 2022; Saffari *et al.*, 2020; Tarimo *et al.*, 2018), los oficiales de policía reconocen el riesgo y los beneficios de ciertas conductas preventivas, pero no las adoptan debido a restricciones culturales, jerárquicas y simbólicas. En estos casos, el modelo falla porque omite variables como el estigma institucional, la presión normativa, la experiencia emocional y la falta de señales organizacionales legítimas para actuar.

Además, la dimensión señales de acción ha demostrado ser débil y poco operacionalizada, especialmente en entornos donde el entorno institucional no provee activadores reales ni simbólicos que validen la acción preventiva (Vries *et al.*, 2025). En este sentido, el modelo no solo es limitado en su alcance explicativo, sino que puede invisibilizar los determinantes sociales de la conducta, atribuyendo la responsabilidad del cambio exclusivamente al individuo.

Elementos para una ampliación teórica del MCS

La revisión teórica y empírica realizada sugiere que el MCS, en su forma clásica, resulta insuficiente para abordar la complejidad de los procesos de salud-enfermedad en contextos institucionales como los cuerpos policiales. Su estructura original —centrada en percepciones individuales racionales— no incorpora dimensiones contextuales, estructurales



UANL



FTSYDH

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

ni dinámicas fundamentales para explicar la conducta preventiva en escenarios jerarquizados, normativamente rígidos y emocionalmente demandantes.

Desde una perspectiva epistemológica, esta limitación puede ser comprendida a la luz del modelo biopsicosocial propuesto por George Engel (1977), quien planteó la necesidad de reemplazar el paradigma biomédico reduccionista por un enfoque que integre los factores biológicos, psicológicos y sociales de forma sistémica. Engel sostenía que el modelo biomédico predominante excluye de su estructura conceptual los aspectos conductuales, sociales y culturales que intervienen en los procesos de salud y enfermedad (Engel, 1977). Esta crítica es plenamente aplicable al MCS, que comparte con dicho paradigma una base individualista, racionalista y ahistórica.

La propuesta de Lugg (2022) actualiza estas tensiones, al destacar que el modelo biopsicosocial no solo es una integración conceptual, sino una crítica al pensamiento clínico fragmentado. Lugg advierte que, si no se define claramente su estructura y operacionalización, el enfoque biopsicosocial corre el riesgo de convertirse en un “modelo abierto pero desarticulado”. Por ello, cualquier ampliación del MCS debe estructurarse sobre una base coherente que articule variables individuales con determinantes estructurales, procesos emergentes y mediadores afectivos.

Siguiendo esta línea, Rolando García (2006) aporta un marco epistemológico más robusto: la teoría de sistemas complejos. Desde esta perspectiva, las creencias individuales en salud no pueden comprenderse como entidades fijas, sino como configuraciones dinámicas co-construidas que emergen de la interacción entre los sujetos y sus entornos organizacionales, simbólicos e históricos. García sostiene que los sistemas complejos abiertos, como lo son las instituciones policiales, requieren un análisis multiescalar, no lineal y relacional. Esto implica que las dimensiones clásicas del MCS deben ser reconceptualizadas como nodos dentro de una red dinámica, y no como variables independientes.

Además, el enfoque biopsicosocial actualizado por Borrell-Carrió *et al.* (2004), introduce una dimensión relacional importante: la autoconciencia del sujeto, su narrativa personal, y el entorno afectivo que moldea su conducta. Estas variables han sido ampliamente



UANL FTSyDH



POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

confirmadas en estudios empíricos como el de Kelley *et al.* (2019), quienes mostraron que el desempeño policial bajo estrés depende más de la percepción subjetiva de desafío o amenaza (según el modelo biopsicosocial de reactividad) que de indicadores objetivos de riesgo.

En la dimensión estructural-organizacional, investigaciones como las de Douma *et al.* (2018, 2019) evidencian que la exposición a condiciones laborales disfuncionales —como dolor lumbar crónico, carga física prolongada y escasa autonomía— impacta no solo la salud física, sino también la calidad de vida mental de los policías. Estas condiciones, sin embargo, no suelen ser conceptualizadas como barreras percibidas en el MCS, lo que limita su aplicabilidad práctica.

Asimismo, el modelo propuesto por Gutschmidt y Vera (2021) refuerza la noción de que el estrés policial es una construcción organizacional, no solo una respuesta individual. Sus hallazgos destacan que el afrontamiento inadecuado, el silencio emocional y la represión institucional forman parte de una ecología del malestar que debe ser reconocida como parte del sistema salud-enfermedad.

Finalmente, estudios con fuerte base metacognitiva como el de Ameri *et al.* (2024) han demostrado que variables como la regulación emocional, las creencias de control y las estrategias cognitivas median fuertemente la relación entre creencias en salud y calidad de vida. Este tipo de evidencia señala que el MCS puede ampliarse de forma productiva si incorpora factores afectivos y psicológicos de segundo orden, que modulan la autoeficacia, la percepción del riesgo y la disposición a actuar.

Modelo propuesto: MCS ampliado para contextos policiales

A partir de los hallazgos presentados, se propone una reconfiguración conceptual del MCS que lo transforme en una herramienta útil para contextos institucionales altamente estructurados como el policial. El modelo ampliado se basa en tres principios rectores: complejidad sistémica, integración biopsicosocial y relacionalidad estructural.

El punto de partida es reconocer que los componentes del MCS tradicional —susceptibilidad percibida, severidad, beneficios, barreras, autoeficacia y señales de acción—, si bien son relevantes, resultan insuficientes para explicar o predecir la conducta preventiva



UANL FTSyDH



POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

en cuerpos jerarquizados. La evidencia empírica demuestra que estas dimensiones están moduladas por factores afectivos, estructurales y contextuales, y que su peso varía dinámicamente según la trayectoria del sujeto, la cultura organizacional y la situación vivida (Douma *et al.*, 2019; Gutschmidt y Vera, 2021; Keech *et al.*, 2020).

En consecuencia, el modelo ampliado propuesto —denominado aquí MCS-Contexto— se concibe como un sistema complejo adaptativo compuesto por tres niveles analíticos interrelacionados:

1. Nivel interno – Creencias individuales en salud

Este nivel conserva las dimensiones centrales del MCS clásico: Susceptibilidad percibida, severidad percibida, beneficios esperados, barreras percibidas, autoeficacia y señales de acción.

Estas variables funcionan como el núcleo cognitivo del modelo y permiten diagnosticar las percepciones subjetivas en torno a riesgos, acciones y capacidades. No obstante, en el MCS-Contexto, este núcleo no es autónomo ni determinante por sí solo.

2. Nivel intermedio – Moduladores psicosociales y afectivos

Aquí se integran variables de segundo orden que median la relación entre las creencias y la conducta: Regulación emocional y afrontamiento (Ameri *et al.*, 2024; Kelley *et al.*, 2019), narrativas identitarias y vocacionales (Gutschmidt y Vera, 2021), motivación autónoma vs. Controlada (Strathdee *et al.*, 2015), sentido de autoeficacia situado (Vries *et al.*, 2025), experiencias previas y capital simbólico acumulado (Lane *et al.*, 2022).

Este nivel reconoce que las creencias no operan en abstracto, sino que están afectadas por el estado emocional, la trayectoria de experiencia, la identidad profesional y el nivel de reconocimiento simbólico del autocuidado dentro de la institución.

3. Nivel externo – Condicionantes estructurales e institucionales

Este nivel incluye factores organizacionales y contextuales que limitan, inhiben o potencian las decisiones preventivas: Normas culturales de la subcultura policial (Gutschmidt y Vera, 2021), estigma hacia el cuidado mental y físico (Haufiku *et al.*, 2024), condiciones ergonómicas y exposición al dolor crónico (Douma *et al.*, 2019), jerarquías, políticas



UANL



FTSYDH

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

internas, y disponibilidad de servicios (Saffari *et al.*, 2020; Tarimo *et al.*, 2018), legitimación institucional del autocuidado como acción profesional válida.

Este nivel responde al llamado de Engel (1977) y Rolando García (2006) a considerar los sistemas estructurales como determinantes reales del comportamiento de salud, reconociendo que la acción del sujeto está siempre situada y condicionada.

Lógica sistémica del modelo

A diferencia del MCS clásico, el MCS-Contexto no funciona bajo una lógica lineal ni acumulativa. Su estructura se basa en la interacción recursiva entre niveles, donde los flujos de influencia pueden ser ascendentes o descendentes. Por ejemplo: Un policía puede tener alta autoeficacia individual, pero no actuar si el estigma institucional es alto (bloqueo estructural descendente). Asimismo, la validación institucional del autocuidado puede aumentar la motivación autónoma y, por ende, modificar la percepción de barreras (modulación ascendente).

Este diseño permite entender por qué las creencias individuales son necesarias, pero no suficientes para la acción preventiva en cuerpos jerarquizados. También posibilita intervenciones más precisas, que actúan sobre el nivel más afectado en cada contexto.

Implicaciones para la intervención y la salud pública

La propuesta de un Modelo de Creencias de Salud ampliado para contextos policiales —denominado MCS-Contexto— no solo representa una transformación conceptual, sino que conlleva implicaciones directas para el diseño, implementación y evaluación de intervenciones en salud pública, particularmente en poblaciones sometidas a riesgo estructural y presión institucional. A continuación, se presentan las principales orientaciones derivadas de cada uno de los niveles del modelo.

a) Intervenciones dirigidas al nivel individual (núcleo del MCS clásico)

Las dimensiones tradicionales del MCS (percepción de susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras, autoeficacia y señales de acción) siguen siendo fundamentales para el diseño de intervenciones psicoeducativas. Sin embargo, en cuerpos policiales, estos



UANL



FTSyDH

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

componentes deben: (1). Ser contextualizados según el perfil operativo y la etapa profesional del policía. (2). Incorporar materiales culturalmente sensibles que aborden las barreras simbólicas al autocuidado. (3). Aplicarse en formatos experienciales o simulados, que permitan transferir las creencias a escenarios operativos reales.

Por ejemplo, como demostraron Saffari *et al.* (2020) y Kartal *et al.* (2024), las intervenciones basadas en el MCS pueden modificar creencias de salud si se acompañan de ejercicios prácticos, testimonios entre pares y contenidos personalizados.

b) Intervenciones dirigidas al nivel psicosocial-afectivo

El modelo MCS-Contexto reconoce que la conducta preventiva está mediada por el estado emocional, la experiencia acumulada y la identidad profesional del agente. Por ello, las estrategias deben: (1). Incorporar módulos de regulación emocional y afrontamiento, como los utilizados en el modelo biopsicosocial de desafío y amenaza (Kelley *et al.*, 2019). (2). Incluir espacios narrativos de descompresión simbólica (sesiones guiadas de procesamiento emocional, reconstrucción de experiencias críticas). (3). Fomentar la autoeficacia situada, es decir, aquella que se ancla en experiencias reales del entorno laboral.

Esto implica pasar de una pedagogía de transmisión de contenidos a una pedagogía de la experiencia y el reconocimiento mutuo, donde el aprendizaje se produce en la interacción entre pares, y se valida desde la realidad operativa.

c) Intervenciones dirigidas al nivel estructural-institucional

Uno de los aportes más decisivos del modelo ampliado es el reconocimiento de que sin transformación institucional, las intervenciones individuales tienen un alcance limitado. Por tanto, se proponen estrategias como: (1). Revisión y ajuste de protocolos operativos y ergonómicos, en línea con los hallazgos de Douma *et al.* (2018, 2019), que vinculan dolor crónico con salud mental y desempeño. (2). Desestigmatización del autocuidado y de la salud mental a través de campañas lideradas por mandos superiores, formación a jefaturas, y normalización del acceso a servicios psicológicos (Haufiku *et al.*, 2024). (3). Reconocimiento institucional del autocuidado como conducta profesional válida, incorporando criterios de salud integral en los sistemas de evaluación y promoción laboral.

Además, siguiendo a Gutschmidt y Vera (2021), se sugiere que el estrés institucional sea abordado como un fenómeno ecológico, mediante modificaciones en la cultura organizacional, los liderazgos medios y los tiempos de recuperación emocional.

d) Intervenciones multiescalares integradas

El valor central del MCS-Contexto es su capacidad de orientar intervenciones multiescalares. Estas acciones deben: (1). Diseñarse de manera interdisciplinaria, involucrando a profesionales de la salud, mandos policiales, psicólogos organizacionales, sociólogos y expertos en políticas públicas. (2). Evaluarse con metodologías mixtas, capaces de capturar cambios cognitivos, afectivos, conductuales y estructurales. (3). Implementarse como estrategias de transformación institucional progresiva, más que como campañas puntuales de cambio de conducta.

La ampliación del MCS hacia un modelo complejo, situado y biopsicosocial permite avanzar desde una intervención centrada en el individuo hacia una salud pública, contextualizada y sensible a la realidad institucional. Esta perspectiva es especialmente pertinente en poblaciones policiales, donde los procesos de salud-enfermedad son modelados por la interacción constante entre lo emocional, lo simbólico y lo estructural.

Conclusiones

Los resultados obtenidos a partir del análisis de fuentes académicas y estudios empíricos indican que, si bien el MCS ha sido útil para estructurar creencias individuales relacionadas con la salud, su enfoque racionalista y aislado resulta insuficiente para explicar las decisiones preventivas en instituciones jerárquicas y culturalmente normadas como la Policía Nacional.

El modelo, en su forma clásica, carece de sensibilidad teórica para captar las barreras estructurales, los estigmas institucionales, la represión emocional y las condiciones laborales materiales que modulan la conducta preventiva en agentes del orden. En ese sentido, su utilidad diagnóstica no se traduce en una capacidad predictiva o transformadora sólida, tal como se evidenció en estudios revisados en diversos contextos (Irán, Tanzania, Namibia, Turquía, Canadá y México).



UANL



FTSYDH

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

Como alternativa, se propuso una reconfiguración del MCS en clave sistémica, contextual y biopsicosocial, integrando tres niveles analíticos interrelacionados: (1) las creencias individuales, (2) los moduladores psicosociales-afectivos, y (3) los condicionantes estructurales e institucionales.

Este modelo ampliado —denominado MCS-Contexto— se basa en una lectura compleja y dinámica del proceso salud-enfermedad, inspirada en los aportes de Engel, Rolando García y otros autores, y validada empíricamente en estudios recientes. La lógica no lineal, la adaptabilidad contextual y la integración de factores estructurales permiten una comprensión más precisa de los obstáculos y posibilidades para la promoción de la salud en cuerpos policiales.

Finalmente, se concluye que el modelo MCS-Contexto puede servir como una herramienta conceptual y práctica para orientar intervenciones multiescales en salud pública, centradas en la transformación institucional, la formación afectiva y el fortalecimiento de la autonomía en la toma de decisiones preventivas. Su aplicación no solo contribuiría a mejorar el bienestar integral de los policías, sino también a consolidar una cultura de cuidado coherente con los principios de la salud pública, interdisciplinaria y situada.

Responsabilidades Éticas

Conflicto de Intereses

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses, que se organizaron y presentaron los resultados de acuerdo con los elementos metodológicos declarados, cuidando la representación de los distintos grupos poblacionales encontrados sin menoscabo de los grupos menos representados en la literatura. Asimismo, el uso de la tecnología para la búsqueda y organización de la información se guio por los principios éticos correspondientes a la investigación en el área.



UANL FTSYDH



POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

Referencias

- Aguilera, S., Torres, P., García, A. y Ruiz, L. (2023). Imaginarios, Barreras y Creencias que Limitan la Adopción de Hábitos y Estilos de vida Saludable en la Población Adulto Joven de la Zona Urbana de Zipaquirá. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(5), 5764–5782. http://doi.org/10.37811/CL_RCM.V7I5.8173
- Ahn, S. y Oh, J. (2021). Effects of a health-belief-model-based osteoporosis- and fall-prevention program on women at early old age. *Applied Nursing Research*, 59, 151430. <http://doi.org/10.1016/J.APNR.2021.151430>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [http://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](http://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Alyafei, A. y Easton-Carr, R. (2024). The Health Belief Model of Behavior Change. *StatPearls*. Recuperado a partir de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/>
- Ameri, M. A., Saadatazhar, H. R., Mehradsadr, M. y Rostami, H. (2024). Predicting General Health and Spiritual Well-being Based on Metacognitive Beliefs in Iranian Police Forces: Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 30(1), 0–0. <http://doi.org/10.32598/IJPCP.30.1.4934.1>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191–215. <http://doi.org/10.1037//0033-295X.84.2.191>
- Barra, E. (2001). Modelos psicosociales para la la promoción de salud y prevención de enfermedades. *Ciencia y enfermería*, 19–25. <http://doi.org/10.29393/CE7-10MPEB10010>
- Benavides, C., Segura, A. y Rojas. (2020). Análisis del bienestar psicológico en policías que laboran en la región Caribe de Colombia. *Revista Logos Ciencia & Tecnología*, 12(3), 8–19. <http://doi.org/10.22335/RLCT.V12I3.1184>
- Borell-Carrió, F., Suchman, A. L. y Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of family medicine*, 2(6), 576–582. <http://doi.org/10.1370/AFM.245>



UANL FTSYDH



POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

- Carpenter, C. J. (2010). A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health communication*, 25(8), 661–669.
<http://doi.org/10.1080/10410236.2010.521906>
- Champion, V. L. y Skinner, C. S. (2008). The health belief model. *Jossey-Bass/Wiley*, 4th ed, 45–65.
- Douma, N., Côté, C. y Lacasse, A. (2018). Occupational and Ergonomic Factors Associated With Low Back Pain Among Car-patrol Police Officers: Findings From the Quebec Serve and Protect Low Back Pain Study. *The Clinical Journal of Pain*, 34(10), 960–966.
<http://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000617>
- Douma, N., Côté, C. y Lacasse, A. (2019). Quebec Serve and Protect Low Back Pain Study: What About Mental Quality of Life? *Safety and health at work*, 10(1), 39–46.
<http://doi.org/10.1016/J.SHAW.2018.08.006>
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for. *Source: Science, New Series*, 196(4286), 129–136.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1977). Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Recuperado a partir de https://philpapers.org/rec/FISBAI?all_versions=1
- Fisher, W. A. y Fisher, J. D. (1998). Understanding and Promoting Sexual and Reproductive Health Behavior: Theory and Method. *Article in Annual Review of Sex Research*.
<http://doi.org/10.1080/10532528.1998.10559926>
- García, R. (2006). Sistemas complejos Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria. *Gedisa*.
- Gutschmidt, D. y Vera, A. (2021). Stress and Health in the Police: A Conceptual Framework. *Policing: A Journal of Policy and Practice*, 15(2), 1306–1315.
<http://doi.org/10.1093/POLICE/PAAA070>



UANL FTSYDH



POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

- Haufiku, J., Mtetwa, E. y Javangwe, G. (2024). The Relevance of Mental Health Programmes in the Namibian Police Services. *Journal of Public Administration and Development Alternatives*, 9(1), 52–67. <http://doi.org/10.55190/JPADA.2024.315>
- Janz, N. K. y Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: a decade later. *Health education quarterly*, 11(1), 1–47. <http://doi.org/10.1177/109019818401100101>
- Kartal, M., Karakas, N. y Kapikiran, G. (2024). How much do we know about testicular cancer and testicular self-examination? The case of police officers in Türkiye. *Annals of Medical Research*, 31(5), 345–349. <http://doi.org/10.5455/ANNALSMEDRES.2023.09.244>
- Keech, J. J., Cole, K. L., Hagger, M. S. y Hamilton, K. (2020). The association between stress mindset and physical and psychological wellbeing: testing a stress beliefs model in police officers. *Psychology and Health*, 35(11), 1306–1325. <http://doi.org/10.1080/08870446.2020.1743841>
- Kelley, D. C., Siegel, E. H. y Wormwood, J. B. (2019). Understanding police performance under stress: Insights from the biopsychosocial model of challenge and threat. *Frontiers in Psychology*, 10(JULY). <http://doi.org/10.3389/FPSYG.2019.01800>
- Lane, J., Le, M., Martin, K., Bickle, K., Campbell, E. y Ricciardelli, R. (2022). Police Attitudes Toward Seeking Professional Mental Health Treatment. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 37(1), 123–131. <http://doi.org/10.1007/S11896-021-09467-6/TABLES/4>
- Lugg, W. (2022). The biopsychosocial model - history, controversy and Engel. *Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 30(1), 55–59. <http://doi.org/10.1177/10398562211037333>
- Matzumura-Kasano, J., Gutiérrez, H. y Ruiz-Arias, R. (2022). Creencias, actitudes y conocimientos sobre la anticoncepción de emergencia en estudiantes universitarios de medicina. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 82(3), 350–361. <http://doi.org/10.51288/00820310>



UANL FTSYDH



POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

- Montero-Yaya, K. L., Cortés-Olarte, G. A. y Hernández-González, Á. (2020). Síndrome del burnout en policías de Colombia y su relación con el sistema de beneficios e incentivos. *Revista Logos Ciencia & Tecnología*, 12(2), 32–43. <http://doi.org/10.22335/RLCT.V12I2.1161>
- Moore, P., Pavié, J., Véjar, L. y Corvalán, M. (2017). Consejería y Entrevista Motivacional para reducir el consumo de tabaco. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 33(3), 193–200. <http://doi.org/10.4067/S0717-73482017000300193>
- Moreira, C., Dahinten, S., Howard, F. y Fernandes, A. (2020). The Revised Champion's Health Belief Model Scale: Predictive Validity Among Brazilian Women. *SAGE Open Nursing*, 6, 2377960820940551. <http://doi.org/10.1177/2377960820940551>
- Ogden, J. (2003). Some problems with social cognition models: a pragmatic and conceptual analysis. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 22(4), 424–428. <http://doi.org/10.1037/0278-6133.22.4.424>
- Ojeda-Arcila, M. J., Rodríguez-Cruz, L. D., Diaz-Manchay, R. J., Carrasco-Navarrete, M. S., Saavedra-Covarrubia, M. E. y Álvarez-Aguirre, A. (2025). Creencias de salud sobre autoexamen de mamas en familiares de pacientes con neoplasia mamaria de un hospital público. *Index de Enfermería*, 34(2), e15760–e15760. <http://doi.org/10.58807/INDEXENFERM20257392>
- Olave-Müller, P., Fajreldin, V., Coronado-Vigueras, L., López-Contreras, N. y Valenzuela, M. (2021). Necesidades, Creencias y Prácticas en Salud Oral de Padres y Cuidadores de Preescolares: Un Enfoque Cualitativo. *International journal of odontostomatology*, 15(4), 888–897. <http://doi.org/10.4067/S0718-381X2021000400888>
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>



UANL FTSYDH



POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una perspectiva humanista

Rosenstock, I. M. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education & Behavior*, 2(4), 354–386.
<http://doi.org/10.1177/109019817400200405/ASSET/E3851554-BBDA-40F3-AA85-36EEAF55534C/ASSETS/109019817400200405.FP.PNG>

Saffari, M., Sanaeinasab, H., Jafarzadeh, H., Sepandi, M., O'Garro, K. G. N., Koenig, H. G. y Pakpour, A. H. (2020). Educational Intervention Based on the Health Belief Model to Modify Risk Factors of Cardiovascular Disease in Police Officers in Iran: A Quasi-experimental Study. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 53(4), 275.
<http://doi.org/10.3961/JPMPH.20.095>

Strathdee, S. A., Arredondo, J., Rocha, T., Abramovitz, D., Rolon, M. L., Mandujano, E. P., ... Beletsky, L. (2015). A police education programme to integrate occupational safety and HIV prevention: protocol for a modified stepped-wedge study design with parallel prospective cohorts to assess behavioural outcomes. *BMJ Open*, 5(8), e008958.
<http://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2015-008958>

Tarimo, E. A. M., Kakoko, D. C. V., Kohi, T. W., Bakari, M., Sandstrom, E., Siyame, D., ... Kulane, A. (2018). Gender aspects on HIV prevention efforts and participation in HIV vaccine trials among Police officers in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Public Health*, 18(1), 1–13. <http://doi.org/10.1186/S12889-018-5835-5/TABLES/2>

Torres, J. (2021). Modelo de Creencias de Salud en personas sanas o enfermas: Una revisión sistemática. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 29(1), 24–33. Recuperado a partir de <http://revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx/index.php/RevMexEnferCardiol/article/view/191>

Vries, H. J., Delahaij, R., van Zwieten, M., Verhoef, H. y Kamphuis, W. (2025). The Effects of Self-Monitoring Using a Smartwatch and Smartphone App on Stress Awareness, Self-Efficacy, and Well-Being-Related Outcomes in Police Officers: Longitudinal Mixed Design Study. *JMIR mHealth and uHealth*, 13. <http://doi.org/10.2196/60708>



UANL



FTSYDH

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Innovación en la intervención social desde una
perspectiva humanista

Yirsaw, A., Tefera, M., Bogale, E., Anagaw, T., Tiruneh, M., Fenta, E., ... Lakew, G. (2024).
Applying the Health Belief Model to cervical cancer screening uptake among women in
Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *BMC cancer*, 24(1), 1294.
<http://doi.org/10.1186/S12885-024-13055-2/TABLES/3>