

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN
PSICOLOGÍA
Psicología y Salud**

**PERCEPCIÓN DE RIESGO EN EL USO DE MEDICAMENTOS
DE LIBRE ACCESO (OTC)**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

MARIANO ALBERTO LECHUGA BESNÉ

**JURADO DE EXAMEN DE GRADO
DIRECTOR: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
COMITÉ: DR. DARVELIO CASTAÑO ASMITIA
DR. IGNACIO MÉNDEZ RAMÍREZ
DRA. LUCY MARÍA REIDL MARTÍNEZ
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
DR. ROLANDO DÍAZ-LOVING
DR. JOSÉ I. MARTÍNEZ GUERRERO**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatoria

Obviamente para mi Lucy, que me ha acompañado hombro con hombro en las buenas y en las malas, tolerante, dando soporte y soportándome, comprensiva, respetuosa y que ha sido una figura determinante en mi vida. Para ti Lucy, todo mi amor.

Para mi Jime y para mi Chafofitas, mis motorcitos, mi motivación, mi razón de todo lo que hago, pienso y digo.

Para mis padres, que me hubiera gustado que vivieran para poder decirles que presenté este trabajo.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México, la máxima casa de estudios de este país, por permitirme haber concurrido a sus aulas y haber hecho de mí un ciudadano comprometido con la sociedad.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa, por su apoyo incondicional, por su ejemplo, por ser mi principal tutor en la psicología. Por ayudar a terminar un ciclo muy importante en mi vida, y con esto no volver a tener sueños de angustia. Toda mi admiración y respeto.

A todo mi comité, le agradezco sus comentarios. Un privilegio y un lujo para mí el haber compartido este trabajo con ustedes.

A Angélica Riveros, por su tiempo, todas sus observaciones siempre acertadas, su paciencia y apoyo.

A Imelda Rojas, que desde el inicio de este proyecto estuvo presente para revisar, transcribir, corregir y hacer recomendaciones para mejorar este trabajo.

Índice

Resumen	6
Introducción.....	9
Concepto de riesgo	11
Perspectiva psicológica del riesgo.....	13
Percepción de riesgo	16
Percepción de riesgo en la salud	18
Percepción de riesgo en el consumo de medicamentos	21
Riesgo en la comunicación	23
Autocuidado de la salud	25
Rol del encargado de la farmacia	27
Razones y perfiles en el uso de medicamentos de libre acceso.	28
Hipótesis de automedicación	32
Adherencia terapéutica	33
Modelo de Creencias en la Salud	35
Teoría de la Acción Razonada	44
Problemática	58
Objetivo	62
Método, sujetos	63
Instrumento	63
Procedimiento	66
Análisis psicométrico	69
Resultados	70
Discusión	84
Referencias	89

Apéndice A. Diagramas de resultados.....	99
Apéndice B. Cuestionario.....	105
Apéndice C. Efectos colaterales.....	127

Resumen

El objetivo principal de esta investigación fue estudiar la percepción de riesgo en el consumo de medicamentos de libre acceso (OTC, por sus siglas en inglés) en síntomas de gripe utilizando el modelo de la Teoría de la Acción Razonada (TAR). La TAR es un modelo que permite explicar y medir sus constructos y su interrelación entre la conducta y sus antecedentes psicosociales. El estudio se realizó en la Ciudad de México, en las 16 delegaciones del Distrito Federal, con un grupo de 900 amas de casa, con edades de 20 a 60 años, de nivel socioeconómico bajo, con nivel escolar desde primaria hasta nivel superior y con hijos. Mediante la aplicación de un cuestionario se obtuvo información sobre cada uno de los elementos del modelo de la TAR: creencias, actitudes, normas subjetivas, motivación a complacer, intención y conducta. Finalmente, al modelo se le agregó la variable percepción de riesgo. Con la finalidad de evaluar el potencial predictivo y congruencia del modelo de la TAR se realizó una serie de análisis de trayectoria con regresión múltiple por pasos, que permitió observar el peso relativo de cada uno de los elementos en la predicción de la intención y conducta del uso de dichos medicamentos. Los resultados indican que la variable de riesgo percibido, es un factor bajo de predicción de la intención y de la conducta, no así cuando es analizado con otros factores del modelo. La norma subjetiva y la motivación a complacer resultaron ser los mejores predictores para la intención; para la conducta, la intención y la percepción de riesgo. Por el contrario, las actitudes y las

creencias revelaron los índices más bajos en la predicción de la intención y la conducta.

Descriptores: Percepción de riesgo, Medicamentos OTC, Teoría de la Acción Razonada, medicamentos, decisión, sobredosis.

Risk perception of the self-prescribed use of OTC cold/flu medication

Mariano A. Lechuga-Besné

National University of México

Abstract

In order to examine the risk perception of using Over the Counter cold/flu remedies, data were collected on a series of cognitive, attitudinal and intention-to-behave variables in the context of the Theory of Planned Behavior (TPB). This proposal by Fishbein & Ajzen (1975) allows for the analysis of relationships between behavior and some psychosocial antecedents. A total of nine hundred women aged 20 to 60 years, randomly selected from all 16 boroughs of Mexico City participated. They were of low socioeconomic status, mothers of at least one child. Measurement included questionnaires on the components of the TPB: beliefs, attitudes, subjective norms, motivation to please, intentions and behavior. Statistical tools included trajectory analysis through stepwise multiple regression including the establishment of the relative weight of each component of the theory in predicting the use of medications. Risk perception alone was a relatively poor predictor of medication usage intention and behavior. Subjective norm and motivation to please jointly achieved a better predictive level, in contrast to attitudes and beliefs, which also resulted in low predictive values.

Key words: upper-respiratory-tract, infections, selfmedication, decisionmaking, health

Concepto de riesgo

El concepto de riesgo se aplica en diversas disciplinas como la Economía, la Ingeniería, la Epidemiología y la Psicología. La definición de riesgo, según el Diccionario de la Real Academia Española, es la contingencia o proximidad de un daño.

Algunos autores (Fischhof, Lichtenstein, Slovic, Derby y Leeney, 1981) definen el riesgo como la existencia de una amenaza a la vida o a la salud. Específicamente en medicina y epidemiología, el riesgo se define como la posibilidad de que ocurra un resultado adverso a la salud, tal como una enfermedad o la muerte misma.

En algunas investigaciones realizadas para definir y conceptualizar el riesgo, Rosselius (1971), Slovic (1985), Slovic (1987), Von Winterfeldt, Edwards (1984), encontraron las siguientes clasificaciones: el riesgo basado en tipos de amenazas, las características del riesgo, el conflicto del riesgo y otras, referidas a imágenes semánticas reveladas mediante la percepción del riesgo.

En el estudio del riesgo se han utilizado siete enfoques o aproximaciones:

1. Actuarial (usando predictores establecidos).
2. De la toxicología y epidemiología.
3. De la ingeniería.
4. De la economía.
5. De la psicología.
6. De las teorías sociales del riesgo.
7. De las teorías culturales.

Estas aproximaciones explican el riesgo desde la perspectiva operacional y tienen un elemento en común: la diferenciación entre realidad y posibilidad (Markowitz, 1991). Es decir, si el futuro está predeterminado y por tanto es independiente de las actividades humanas actuales, el riesgo no tiene sentido.

Si se acepta la diferenciación entre realidad y posibilidad, el riesgo implica la posibilidad de que un estado indeseable de la realidad (efectos adversos) pueda ocurrir como resultado de eventos naturales y/o humanos (Luhmann, 1990).

El concepto de riesgo implica incertidumbre en los resultados de acciones a tomar; es decir, si se espera que los resultados de la acción sean positivos, habrá menor riesgo. Sin embargo, varias conceptualizaciones de riesgo difieren precisamente en cómo afecta la incertidumbre al riesgo y a las decisiones que se toman. En este sentido se habla de riesgo como incertidumbre. Algunas veces el riesgo existe cuando el resultado de una acción no es seguro, es decir, el riesgo es incierto.

Otros autores, entre ellos Bauerm (1960), se refieren específicamente al riesgo respecto de una compra, estableciendo los siguientes cinco componentes: como pérdida financiera, de desempeño, física, psicológica y de tiempo. A partir de una clasificación como ésta se podría relacionar el riesgo en el consumo de medicamentos de libre acceso con aspectos tales como:

Pérdida financiera. Ocurre cuando el comprador de medicamentos de libre acceso no obtiene el resultado que esperaba de éstos y tiene que reemplazarlos por otros, o porque después de

comprarlos se da cuenta de que existen medicamentos similares de menor costo en el mercado.

Pérdida en desempeño. Se presenta cuando el medicamento no tiene los efectos que se esperaban.

Pérdida física. El medicamento es inseguro o dañino. Aquí podríamos referirnos a efectos iatrogénicos.

Pérdida psicológica. Ocurre cuando el medicamento no refuerza la autoimagen o autoconcepto del comprador. En otros términos, se refiere a la influencia del grupo de referencia para usar o no algún tipo de medicamento.

Pérdida de tiempo. Se da cuando le causa contratiempos al usuario en el momento de adquirir el medicamento, ya sea porque no lo encuentra en el mercado o porque tiene que cambiarlo o reponerlo (Rosselius, 1971).

Este autor considera un factor más: el de riesgo total, en el que se distinguen dos probabilidades: a) alta probabilidad y bajo daño, y b) baja probabilidad y alto daño. En las dos existen los siguientes elementos en común:

- a) Pérdida.
- b) Significado de la pérdida.
- c) Incertidumbre asociada con la pérdida.

Perspectiva psicológica del riesgo

La perspectiva psicológica del riesgo se puede examinar desde tres enfoques diferentes:

1. Preferencias personales.

Concepto de riesgo

El concepto de riesgo se aplica en diversas disciplinas como la Economía, la Ingeniería, la Epidemiología y la Psicología. La definición de riesgo, según el Diccionario de la Real Academia Española, es la contingencia o proximidad de un daño.

Algunos autores (Fischhof, Lichtenstein, Slovic, Derby y Leeney, 1981) definen el riesgo como la existencia de una amenaza a la vida o a la salud. Específicamente en medicina y epidemiología, el riesgo se define como la posibilidad de que ocurra un resultado adverso a la salud, tal como una enfermedad o la muerte misma.

En algunas investigaciones realizadas para definir y conceptualizar el riesgo, Rosselius (1971), Slovic (1985), Slovic (1987), Von Winterfeldt, Edwards (1984), encontraron las siguientes clasificaciones: el riesgo basado en tipos de amenazas, las características del riesgo, el conflicto del riesgo y otras, referidas a imágenes semánticas reveladas mediante la percepción del riesgo.

En el estudio del riesgo se han utilizado siete enfoques o aproximaciones:

1. Actuarial (usando predictores establecidos).
2. De la toxicología y epidemiología.
3. De la ingeniería.
4. De la economía.
5. De la psicología.
6. De las teorías sociales del riesgo.
7. De las teorías culturales.

Estas aproximaciones explican el riesgo desde la perspectiva operacional y tienen un elemento en común: la diferenciación entre realidad y posibilidad (Markowitz, 1991). Es decir, si el futuro está predeterminado y por tanto es independiente de las actividades humanas actuales, el riesgo no tiene sentido.

Si se acepta la diferenciación entre realidad y posibilidad, el riesgo implica la posibilidad de que un estado indeseable de la realidad (efectos adversos) pueda ocurrir como resultado de eventos naturales y/o humanos (Luhmann, 1990).

El concepto de riesgo implica incertidumbre en los resultados de acciones a tomar; es decir, si se espera que los resultados de la acción sean positivos, habrá menor riesgo. Sin embargo, varias conceptualizaciones de riesgo difieren precisamente en cómo afecta la incertidumbre al riesgo y a las decisiones que se toman. En este sentido se habla de riesgo como incertidumbre. Algunas veces el riesgo existe cuando el resultado de una acción no es seguro, es decir, el riesgo es incierto.

Otros autores, entre ellos Bauerm (1960), se refieren específicamente al riesgo respecto de una compra, estableciendo los siguientes cinco componentes: como pérdida financiera, de desempeño, física, psicológica y de tiempo. A partir de una clasificación como ésta se podría relacionar el riesgo en el consumo de medicamentos de libre acceso con aspectos tales como:

Pérdida financiera. Ocurre cuando el comprador de medicamentos de libre acceso no obtiene el resultado que esperaba de éstos y tiene que reemplazarlos por otros, o porque después de

comprarlos se da cuenta de que existen medicamentos similares de menor costo en el mercado.

Pérdida en desempeño. Se presenta cuando el medicamento no tiene los efectos que se esperaban.

Pérdida física. El medicamento es inseguro o dañino. Aquí podríamos referirnos a efectos iatrogénicos.

Pérdida psicológica. Ocurre cuando el medicamento no refuerza la autoimagen o autoconcepto del comprador. En otros términos, se refiere a la influencia del grupo de referencia para usar o no algún tipo de medicamento.

Pérdida de tiempo. Se da cuando le causa contratiempos al usuario en el momento de adquirir el medicamento, ya sea porque no lo encuentra en el mercado o porque tiene que cambiarlo o reponerlo (Rosselius, 1971).

Este autor considera un factor más: el de riesgo total, en el que se distinguen dos probabilidades: a) alta probabilidad y bajo daño, y b) baja probabilidad y alto daño. En las dos existen los siguientes elementos en común:

- a) Pérdida.
- b) Significado de la pérdida.
- c) Incertidumbre asociada con la pérdida.

Perspectiva psicológica del riesgo

La perspectiva psicológica del riesgo se puede examinar desde tres enfoques diferentes:

1. Preferencias personales.

2. Percepción de probabilidades.

3. Variables de contexto.

Preferencias personales. Se enfoca en las probabilidades e intentos por explicar por qué los individuos no basan sus juicios de riesgo en valores esperados (Pollatsek y Tversky, 1970, Luce y Weber, 1986). Una de las conclusiones de estos investigadores es que el patrón de conducta de los sujetos se basa en un razonamiento probabilístico en muchas de las soluciones cotidianas. Es decir, las personas no enfrentan el riesgo si éste implica grandes pérdidas; por el contrario, si el riesgo ofrece posibilidades de grandes ganancias, tienen una mayor inclinación a aceptarlo (Kahneman y Tversky, 1979). En otras palabras, la mayoría de la gente adopta sus decisiones mediante una toma de riesgo optimista en la que no necesariamente maximiza los beneficios, pero sí evita consecuencias graves a la vez que se asegura un “pago” conveniente (Tversky, 1972, Luce y Weber, 1986).

Percepción de probabilidades. En los estudios relacionados con la percepción de probabilidades en la toma de decisiones, se identifica influencia de las personas en la habilidad de hacer inferencias de la información probabilística (Ross, 1977); esta influencia se refiere al proceso intuitivo de la incertidumbre. Por ejemplo, los eventos de los que se entera la gente inmediatamente son clasificados como más problemáticos que aquellos que están menos disponibles mentalmente.

Variables de contexto. Se atiende la importancia de las variables que contextualizan la estimación y la evaluación del riesgo

individual, ya documentado en muchos estudios sobre la percepción de riesgo (Jungermann 1986, Slovic 1987, Renn, 1990).

Las variables contextuales que se han estudiado son:

- El número esperado de pérdidas o de eventos adversos.
- El potencial catastrófico.
- Características cualitativas del riesgo.
- Las creencias asociadas con las causas del riesgo.

En relación con este último punto, la percepción de riesgo es parte importante de la actitud que toman las personas respecto de las causas del mismo, por ejemplo, una actividad tecnológica, un evento natural o uno causado por el hombre.

En función de lo anterior, la perspectiva psicológica sobre el riesgo incluye todos los efectos no deseados que la gente relaciona con causas específicas. Esta especie de relación causa efecto, ya sea que se asocie con la realidad o que resulte irrelevante. Los individuos responden en función de las percepciones que tengan del riesgo y no en una apreciación objetiva o una interpretación científica del mismo.

Independientemente de la percepción que se tenga, es necesario plantear algunas preguntas: ¿qué criterios son apropiados para hablar de riesgo?, ¿quién los establece?, ¿en qué contexto? Las respuestas a estas preguntas dependen de la perspectiva de los diferentes actores en la sociedad (Bradbury, 1989). Es decir, si el riesgo se considera como un evento o como una actividad y si se mide como probabilidad o como efecto adverso.

Se considera riesgo cuando por ejemplo, una persona presenta algún malestar y lo primero que hace es acudir a la ayuda de familiares o amigos para remediarlo, circunstancia muy común entre las amas de casa. Situaciones así conllevan un riesgo, sobretodo cuando el resultado de esa situación no fue diagnosticada por un especialista en salud o no se diagnosticó con la precisión requerida. Esta práctica es lo que se conoce como automedicación. Respecto de la salud, podemos decir que cuando se consume un medicamento sin prescripción médica, se corren varios de los riesgos antes mencionados.

En otras palabras, cuando una persona compra y usa medicamentos de libre acceso se encuentra ante una situación de percepción de riesgo, ya que está ante la posibilidad de un resultado adverso.

Sin embargo, pareciera que la conducta de consumo de medicamentos de libre acceso no representa una gran pérdida. El consumo de estos medicamentos ofrece posibilidades de grandes ganancias, como lo mencionan Kahneman y Tversky (1979); por lo tanto el consumo de medicamentos de libre acceso está decidiendo la conducta bajo un riesgo óptimo y, sobre todo, basado en su aprendizaje de “buenos resultados”.

Percepción de riesgo

Una característica común en casi todas las culturas donde se han hecho estudios sobre la percepción de riesgo, es que la mayoría de la gente lo percibe como un fenómeno multidimensional e

integra sus creencias en función de su naturaleza, de sus causas, de los beneficios asociados y de las circunstancias en que se toma; estas percepciones son las que forman un sistema consistente de creencias.

Así, la noción de riesgo es un fenómeno multidimensional, por lo que no puede reducirse a un resultado de probabilidades y consecuencias (Allen, 1987). Además, la percepción de riesgo difiere considerablemente entre grupos sociales y culturales.

Un ejemplo de las diferencias en la percepción de riesgo se ilustra en un estudio sobre tabaquismo (Gordon, Rebeca 2003), el cual demostró que, aunque algunos pacientes frecuentemente toman decisiones de riesgo sobre tratamientos médicos, la percepción de éste puede no ser completamente objetiva. Además, la percepción de riesgo resulta afectada no solamente por factores individuales, como el género del paciente, sus creencias y experiencias, sino también por cómo se les presenta la información sobre el mismo.

En otro contexto, un estudio realizado sobre la percepción de riesgo realizado entre estudiantes universitarios en cuanto a su preferencia sexual y la relación que existe entre conducta sexual, uso de condón y percepción de riesgo arrojó como resultado que la percepción en cuánto a este último es baja, hasta podría señalarse que no existe para ellos la posibilidad de infectarse con el virus del sida. Por el contrario, la percepción de riesgo en otros grupos es alta, lo que indica que no perciben riesgo alguno.

Otro estudio sobre percepción de riesgo reveló que las actitudes de los médicos generales en la recomendación de tratamientos, dependía de la explicación que se da sobre la reducción de riesgo. Los resultados de este estudio revelaron que 72% de los médicos que recibieron toda la información de la reducción de riesgo, probable o definitivamente recomendarían el tratamiento médico; 91% recomendaría éste sólo si se informaba sobre la reducción de un riesgo relativo, y 63% recomendaría el tratamiento si la información se daba en términos de reducción de riesgo absoluto o con el número de tratamientos que son necesarios (Nexoe, Gyrd-Hansen, Kragstrup, Dristiansen y Nielsen, 2002).

Como se puede observar, la percepción de riesgo es un fenómeno multidimensional, por lo que es natural considerar que en el uso de medicamentos de libre acceso intervienen varios factores y enfoques. En este sentido, la percepción de riesgo se ha estudiado, considerando el tema de la salud y la comunicación, en varios problemas y ante diferentes riesgos. A continuación una breve reseña de esta línea de investigación.

Percepción de riesgo en la salud

En ciertas conductas lo que ponemos en riesgo es nuestra salud. Conductas comúnmente identificadas como de riesgo, como son los deportes peligrosos extremos o vivir en lugares donde ocurren con frecuencia desastres naturales. Se trata de factores que aumentan el riesgo de muerte o daño. En años recientes se han

identificado otro tipo de conductas que ponen en riesgo nuestra salud, por ejemplo, las prácticas sexuales no protegidas y el tabaquismo, entre muchas otras.

Se han examinado las causas y consecuencias de la percepción de riesgo en la salud en una población de estudiantes. Los resultados de un estudio revelaron que el estado de ánimo negativo se asocia con una percepción de más alto riesgo de gripe y de enfermedades transmitidas sexualmente. Por el contrario, un estado de ánimo positivo se asocia con baja percepción de riesgo de gripe y enfermedades de transmisión sexual (Escoffery, 2002). En general, este autor encontró pocos resultados que señalaran que la percepción de riesgo interactúa con conductas pasadas para predecir intenciones y conductas futuras. También encontró algunos datos que señalan que los sujetos de la investigación tenían diferente percepción de riesgo según la población a la que pertenecían.

Tiempo atrás el tabaquismo sólo se relacionaba con cuestiones morales y sociales, ahora se le considera también una conducta de muy alto riesgo (Adler, Kegeles, Geneuro, 1992) y se ha asociado más con condiciones críticas de salud estrechamente relacionadas con estilos de vida; lo que caracteriza a esas conductas de riesgo es su repetición y continuidad. Además, algunas conductas de riesgo para la salud se asocian con el uso adictivo de sustancias, por lo que se ha observado que al modificarlas varían algunas situaciones reales de riesgo.

La prevención es un tema que se ha relacionado con la percepción de riesgo. Algunos autores (Forit, Oliveras, Gras y Planes, 1997) hablan de factores asociados con padecimientos que

influyen en el riesgo y la prevención de enfermedades. También se ha estudiado el nivel de apoyo médico que se recibe, como la disponibilidad de consulta interna o consulta a domicilio (Kendra, 2002).

Otra de las percepciones de riesgo estudiadas es la que se presenta en la transmisión hereditaria de cáncer. En un estudio con parientes en primer grado de quienes padecen cáncer de mama, se encontró que la mayoría percibe el riesgo ligeramente abajo del promedio y experimentan una mínima ansiedad en relación con la enfermedad. Otro hallazgo importante fue que los parientes en primer grado que atribuyeron el riesgo a factores que tenían en común con sus parientes (factores hereditarios), tuvieron una percepción de riesgo más alta de posibles padecimientos de cáncer de mama (Ryan, 1998).

Otro de los problemas de salud analizados desde la perspectiva de la percepción de riesgo, es la conducta preventiva en embarazos y VIH entre estudiantes (Kornblit, Mendes, Ubillos y Páez, 1996). Mediante un cuestionario autoadministrado se obtuvo información sobre conductas sexuales y uso de anticonceptivos, transmisión de enfermedades sexuales, creencias sobre los anticonceptivos, el condón y conductas preventivas. Entre los principales resultados se encontró que las falsas creencias relacionadas con la utilización del preservativo y las formas de transmisión del VIH están muy difundidas entre la población de adolescentes y que esto ha sido transmitido por redes sociales informales. Además, los vínculos fuertes entre los adolescentes con

los padres y los amigos contribuyen a la emisión de conductas de protección frente a la infección por el VIH.

Percepción de riesgo en el consumo de medicamentos

Un aspecto importante en la percepción de riesgo y la salud es el relacionado con el consumo de medicamentos. En un estudio realizado para conocer de qué forma eran afectadas la percepción de riesgo y las conductas de la salud cuando la medicina había sido prescrita para adultos o para niños, se les planteó a los participantes diferentes escenarios que se referían a ellos o a un hijo imaginario de un año de edad. A los padres de familia se les pidió que hicieran juicios de riesgo. Los resultados indicaron que tanto los padres como los no padres percibieron efectos colaterales graves que podían ocurrir con frecuencia, así como riesgos de la salud más altos. Mencionaron además que tendrían más reservas en suministrar los medicamentos cuando éstos fueran prescritos para el niño (Berry, 2004).

Un ejemplo de una clara percepción de riesgo en el consumo de medicamentos ocurre cuando éstos son genéricos. Respecto a las inclinaciones del público para comprar o rechazar medicinas de este tipo, investigadores como Bearden y Mason (1978) encontraron que las mayores preocupaciones de los consumidores se refieren a la percepción de riesgo en tres aspectos: el desempeño de la medicina, el ahorro económico y la seguridad.

Por otro lado, Berry, Raynor y Knapp (2003) evaluaron la percepción de riesgo en los efectos colaterales de la automedicación. Hicieron dos estudios en los que compararon la interpretación de

los participantes de una descripción verbal y una numérica del riesgo de que ocurrieran efectos colaterales a causa de la automedicación. En uno encontraron que a quienes se les dio una descripción verbal, el efecto de riesgo colateral considerado fue mucho más alto que en aquellos a los que se les dio una descripción numérica. Más adelante, las diferencias en la interpretación se reflejaron en sus juicios sobre la gravedad de los efectos colaterales de riesgo de la salud y en la intención de cumplir con las indicaciones. En un segundo experimento confirmaron esos hallazgos.

Berry, Michas y Bersellini (2002) realizaron un estudio con el propósito de evaluar los efectos colaterales de la medicación y su relación con la satisfacción del usuario, el riesgo percibido, la intención de seguir las indicaciones y cómo interactúan los efectos colaterales con la información seleccionada y la gravedad de la enfermedad para la que se prescribieron los medicamentos. Los resultados revelaron que las indicaciones acerca de los beneficios positivos de tomar las medicinas tienen relativamente poco efecto en los juicios de quienes la usan; sin embargo, al proporcionar información a los participantes sobre cómo reducir los efectos colaterales, el uso de estos medicamentos se percibió como más seguro.

Un aspecto más que tiene relación con la percepción de riesgo es el que se refiere a quien hace la recomendación. Sen Gupta y Misra (1977) realizaron un estudio para conocer la relación de riesgo con las enfermedades autotratadas. Los resultados indicaron que: a) el dolor de cabeza es autotratado por la mayoría de la gente; b)

respecto de otras enfermedades, la mitad de los participantes se automedican y la otra mitad consulta al médico; c) los miembros de mayor edad dentro de la familia son considerados, después del médico, con más alta credibilidad para recomendar, y d) la reducción de riesgo se establece principalmente al comprar una medicina recomendada antes por el médico y/o por los resultados satisfactorios en su uso previo.

La automedicación siempre implica incertidumbre y pérdida y está relacionada con las percepciones en cuanto a creencias y actitudes al tomar el riesgo de consumir o proporcionar un medicamento de este tipo. Otro factor también estudiado es la forma en que a las personas se les comunica este riesgo al consumir medicamentos.

Riesgo en la comunicación

Un factor importante que genera riesgo en el consumo de medicamentos es la forma en que se proporciona la información respecto a sus características, indicaciones y efectos. La mayoría de las investigaciones sugieren que las personas perciben el riesgo pasivamente; sin embargo, si las enfrentamos a un riesgo desconocido, pueden reaccionar activamente buscando información al respecto.

Lion, Meertens y Bot (2002) plantean que la investigación sobre la percepción de riesgo ha ayudado a explicar cómo perciben las personas el riesgo, permitiendo encontrar una mejor manera de comunicación con ellas. En un estudio se plantearon la pregunta de

qué clase de información sobre el riesgo desearía saber la gente cuando se le confrontaba con un riesgo desconocido y cómo este deseo de información se relaciona con las dimensiones de la percepción de riesgo; lo que encontraron fue que la mayoría de las personas desea información con la que pueda determinar la gravedad del riesgo confrontado.

En una encuesta se evaluó el impacto de insertar instrucciones en el empaque de medicinas clasificadas como antiinflamatorias sin esteroides; la información hablaba sobre los riesgos en la medicación y las reacciones adversas. Los sujetos que leyeron las instrucciones reportaron menos beneficios en relación con el riesgo de los medicamentos. Los sujetos que no las leyeron reportaron lo contrario (Van Haecht, Chris, Vader, R. Obert; De Backer y Bogaert, 1991).

Un estudio que analizó la toma de decisiones en la salud en situaciones donde los sujetos pueden recibir información contradictoria de los profesionales de la salud y de los fabricantes, mostró que la perspectiva del consumidor sobre el riesgo puede no corresponder con los modelos de percepción del mismo; y que la decisión del consumidor está determinada de alguna manera por los beneficios de salud que puede obtener y el costo del medicamento. También se observó que muchos de los médicos consideran la probabilidad de que el paciente no siga las indicaciones sobre el uso del medicamento. Por último, se detectó que la publicidad en donde intervienen médicos y pacientes influye en la decisión de usar un medicamento en particular (Nomaro, 2003).

Por otro lado, algunos autores (Dietz, Frey y Rosa, 1987) consideran que debido a lo complejo y amplio de los aspectos que la gente considera para hacer juicios, así como a las características de su conocimiento, que muchas veces es intuitivo o anecdótico, hace complicado establecer un denominador común en las percepciones individuales de riesgo.

En relación con el consumo de medicamentos de libre acceso, los estudios sobre autocuidado de la salud y el rol del encargado de la farmacia juegan un papel importante; sin embargo, algunos carecen de un modelo o marco teórico que expliquen cuáles son los factores que determinan la automedicación.

Autocuidado de la salud

Algunos autores (Levin e Idler, 1983) han definido el autocuidado de la salud como “las actividades individuales realizadas para promover nuestra propia salud, previniendo padecimientos y síntomas, limitando nuestras propias enfermedades y restituyendo la salud”. Se entiende que estas actividades se realizan sin ayuda profesional; sin embargo, en ellas pueden emplearse habilidades y conocimientos derivados del campo profesional y del sentido común.

Desde hace años se han establecido razones para justificar el autocuidado de la salud, como las siguientes (De Friese, 1999):

1. Mejorar la salud entre la población que no tiene acceso a servicios médicos.
2. Reducir el costo de los tratamientos médicos.

3. Descongestionar los servicios de consulta, evitando las visitas innecesarias al médico.
4. Mejorar la calidad de los servicios médicos.
5. Reducir la responsabilidad del médico, aumentando la de los pacientes.
6. Incrementar la autoconfianza y el control de los pacientes sobre sus cuerpos.
7. Reducir la iatrogenia clínica y psicológica.

El uso de medicamentos de libre acceso, llamado por algunos autores automedicación responsable, es una práctica sumamente extendida en todo el mundo y en continuo crecimiento, debido, por un lado, a que es una parte fundamental del autocuidado; y por otro, a que día con día se confirma que sustancias originalmente investigadas y con autorización para usarlas en medicamentos con prescripción exclusivamente, pueden utilizarse, dadas sus características de eficacia y seguridad, en medicamentos de libre acceso.

En general, los médicos adoptan una actitud negativa respecto al tema del autocuidado de la salud, que, como ya se mencionó, está estrechamente relacionado con el uso de medicamentos de libre acceso. Linn y Lewis (1979) encontraron que la mayoría de los médicos piensa que el autocuidado de la salud reduce las visitas de los pacientes al médico, además de que éstos pueden imaginarse las molestias y no aprender a cuidarse adecuadamente. Otros estudios muestran que los médicos evaluaron que las decisiones de autocuidado fueron inapropiadas sólo en un porcentaje muy bajo: 2% (Segall, 1990).

Rol del encargado de la farmacia

En el aspecto social se analizó la función del encargado de la farmacia como el principal promotor de productos OTC. Las preguntas más comunes que se hacen a los dependientes de farmacias son las siguientes: ¿qué es lo que más recomienda?, ¿cuál es el medicamento más eficaz?, ¿cuál es el mejor para...?, ¿cuáles son sus efectos secundarios?, ¿cuál es su precio? y ¿cuál es su experiencia personal con este medicamento? Otro factor que influye en la percepción de riesgo en el uso de medicamentos es la recomendación que hace el encargado de la farmacia. Carrol, Siridhara y Fincham (1986) hicieron un estudio desde la perspectiva de la persona que atiende la farmacia, quien recomendaba medicamentos genéricos o de marca para conocer el grado de riesgo percibido al “recetarlos”. Los resultados del estudio revelaron que existía preocupación de riesgo en el uso de medicamentos genéricos, específicamente sobre su desempeño, de acuerdo con la recomendación del encargado de la farmacia. Estos resultados son valiosos, ya que permiten enfocar nuestra atención en los varios aspectos de la percepción de riesgo que tienen más efectos en la conducta de las personas.

Asimismo, las preguntas más frecuentes que hacen al encargado de la farmacia se refieren a: dosis y modo de uso, efectos secundarios, eficacia, precio y fórmula de la medicina, pero de todas ellas la más común es: ¿cuál es el mejor medicamento para tratar...?

Estas preguntas del consumidor al farmacéutico y lo que los encargados de la farmacia reportan, son precisamente los aspectos relacionados con los riesgos más importantes que percibe el consumidor de medicamentos de libre acceso; riesgos psicológicos, de eficacia y físicos.

Los resultados de una encuesta con 2,650 sujetos (American Druggist, 1980) revelaron que 95% de los entrevistados compraron medicinas recomendadas por el encargado de la farmacia; 92% estuvo satisfecho con sus efectos y 87% volvería a comprar lo recomendado. El hallazgo más importante fue que las mujeres piden consejo con mayor frecuencia que los hombres y que los menores de 40 años preguntan más que los mayores de esta edad.

Los estudios anteriores son importantes en el tema del uso de medicamentos de libre acceso, pero, como ya se mencionó, no proporcionan un marco teórico o explicación más articulada sobre esta práctica tan común que tiene repercusiones sociales, personales y económicas.

Razones y perfiles en el uso de medicamentos de libre acceso (OTC)

En México, entre las razones que hay para hacer uso de medicamentos de libre acceso, se han reportado situaciones prácticas y psicológicas. Dentro de las primeras están evitar la pérdida de tiempo, la distancia al centro de salud, lo esporádico de las citas médicas, el uso de medicamentos prescritos con anterioridad, burocratización del trámite y desconfianza ante la

presencia de los mismos síntomas y el costo de algunas medicinas. Desde el punto de vista psicológico se ha encontrado que la autorrealización, sentimientos de independencia, responsabilidad y deseo de controlar su propia salud son motivos del uso de medicamentos de libre acceso (Bronfman, Castro, Zúñiga, Miranda, Oviedo, 1997).

En cuanto a los perfiles que se han elaborado en otros países en relación con el uso de medicamentos de libre acceso, se puede mencionar que los más altos índices recaen en poblaciones con estas características: amas de casa; solteros, principalmente entre 35 y 45 años, Mientras que se da menos el uso de estos medicamentos en niños de cero a dos años y en adultos mayores de 45 años (Northcott y Bachynsky, 1993).

De acuerdo con un estudio cualitativo (Grupo IDM, 2002), son las madres las que más uso hacen de medicamentos de libre acceso, el porcentaje es de 51% vs. 22% de los padres. Asimismo, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud en España (1993), las mujeres usan más medicamentos de libre acceso que los hombres y a mayor nivel educativo se da una mayor prevalencia; sin embargo, en estos grupos se percibe mayor riesgo (Muñoz, 1992).

En una encuesta (Sloand y Vessey, 2001), realizada con 86 jóvenes de 10 a 14 años, donde el 89% tuvo acceso a productos OTC, se encontró que solo 36% los usan correctamente excepto en problemas gastrointestinales. Por otro lado, en un estudio con niños de primaria (Bush y Davison, 1992) se observó que 67% se automedica. En otro artículo (Bush, 1996) se concluye que el uso de

medicamentos de libre acceso es aprobado por sus padres a partir de los 12 años.

Las fuentes de información más consultadas sobre este tema son en general: los encargados de la farmacia, los medios masivos, los amigos, la esposa. Las revistas para mujeres y diccionarios médicos también proveen de información (Albou, 1979).

En Inglaterra se realizó una investigación para explorar los canales de información sobre la salud y las medicinas usadas en jóvenes adultos (16-24 años), bajo el marco de la teoría de memoria y esquemas cognitivos, con el fin de desarrollar un concepto de “repertorios de salud” en el uso de medicamentos de libre acceso en problemas menores. Se organizaron grupos focales con 48 jóvenes adultos y también 76 entrevistas estructuradas; estos grupos visitaban las farmacias para comprar medicamentos sin receta o pedían un consejo para curar problemas de “salud menores” (Gray, Crantill y Noyce, 2002).

Los autores concluyen que los jóvenes desarrollan “repertorios de salud” de información para poder manejar episodios menores de síntomas de enfermedades. Cada repertorio incluía descripción de síntomas en la etiqueta, una o dos estrategias en el uso de medicamentos de libre acceso y planes de contingencia en caso de problemas, como acudir a una consulta profesional.

En otro estudio se investigaron los valores predictivos, en recuerdos prospectivos, memoria retrospectiva y autocrítica y memoria relacionada con el éxito o fracaso de un programa de uso de medicamentos de libre acceso. Se concluyó que es importante una buena preselección de pacientes para lograr éxito en los

programas de uso de medicamentos de libre acceso, sobre todo con aspectos de memoria en adultos mayores (Palmer y Dobson, 1994). En otro estudio con adultos (Neafsey, Strickler, Shellman y Chartier, 2002) se evaluó un Programa de Educación Personal (PEP), con 30 adultos mayores para:

1. Incrementar su conocimiento de la interacción de la medicina, producto del uso de medicamentos de libre acceso.
2. Aumentar su autoeficacia en cómo evitar interacción medicina-alcohol.
3. Disminuir reportes de conductas adversas en el uso de medicamentos de libre acceso.

Todos los adultos terminaron el programa de interacción potencial que pudiera resultar del uso de medicamentos de libre acceso o productos OTC y alcohol. Los resultados indicaron que los adultos que tomaron el curso tuvieron pocos efectos adversos, aprendieron más y obtuvieron calificaciones más altas que el grupo control que tomó un curso tradicional, y calificaron el programa de interacción personal como muy satisfactorio.

También se ha investigado la relación entre aspectos cognitivos y el programa de entrenamiento en hospital de pacientes adultos con enfermedades, accidentes y que han sido intervenidos quirúrgicamente (Patrick y Howell, 1998). Se les aplicó una evaluación neuropsicológica y pruebas cognitivas. Los resultados indicaron que los aspectos de las funciones cognitivas se relacionan con los resultados del programa del uso de medicamentos de libre acceso.

Como se puede observar, el contar con información y conocimiento sobre los beneficios y riesgos del uso de medicamentos de libre acceso es importante, sobre todo en los efectos de disminución de percepción de riesgo.

Hipótesis de automedicación

Es un concepto relacionado con el uso de medicamentos de libre acceso y otros fármacos cuando se usan libremente. El alcohol, el tabaco y las sustancias psicoactivas son autoprescritos para mitigar síntomas de ansiedad, insomnio y brotes psicóticos, y sin embargo exacerban más los síntomas, generan adicción y llegan a provocar problemas de salud más agudos. Esta práctica tiene que ver más con la autoprescripción que con el uso de medicamentos de libre acceso.

La hipótesis de automedicación es un término desarrollado por Khantzians (1985), quien señala que en un contexto clínico los pacientes se automedican sustancias psicoactivas para controlar sus síntomas, pero, lejos de lograrlo, aumentan y los pacientes terminan por convertirse en adictos.

En un estudio con pacientes psiquiátricos, la hipótesis de automedicación sugiere que éstos usan sustancias para reducir sus síntomas psiquiátricos. Sin embargo, el uso de algunas de esas sustancias también puede exacerbar los mismos. Los resultados indicaron que algunas sustancias se asociaron con cada categoría del diagnóstico, y con otras no. El estudio concluyó que ambas, la

hipótesis de automedicación y la de exacerbación de síntomas, se cumplen (Blumer, Schmalting y Marlott, 2000).

Otra investigación (Scheller-Gilkey, Woolwire, Couper, Olumuyima y Miller, 2003) exploró la hipótesis de automedicación y sus mecanismos, mediante los cuales los antipsicóticos atípicos reducen el abuso de sustancias médicas. Se compararon pacientes esquizofrénicos con y sin antecedentes de abuso de sustancias, medicados con antipsicóticos convencionales y atípicos. Los datos sugieren que la hipótesis de automedicación afecta la frecuencia del uso de sustancias en los pacientes que fueron tratados con antipsicóticos convencionales o atípicos.

Sin embargo, el uso de medicamentos de libre acceso, considerado en la hipótesis de automedicación, no ha aportado datos concluyentes, y si bien los pacientes realizan esta práctica, los medicamentos usados no son considerados OTC.

Adherencia terapéutica

Un tema clave para la eficacia de cualquier medicamento es el de la adherencia terapéutica. Esta se refiere a la conducta de una persona al tomar medicamentos, observar una dieta y seguir o cambiar determinado estilo de vida bajo la recomendación de un profesional del cuidado de la salud. En el uso de medicamentos de libre acceso, se refiere al consumo de medicamentos sin la prescripción y supervisión de un profesional de la salud (Haynes, 1979 y Rand, 1993), sin embargo el uso adecuado del medicamento OTC también requiere apearse a dosis, horarios, etc.

La diferencia principal entre estos dos conceptos es que en la adherencia se espera el seguimiento de la instrucción dada por el médico al paciente para tomar sus medicamentos, en tanto que en el uso de medicamentos de libre acceso no existe la intervención médica. En el uso de medicamentos de libre acceso el usuario elige el tipo de medicamento con base en la recomendación de un amigo o familiar, en su experiencia o en la publicidad y no en la prescripción médica.

Los estudios sobre la adherencia terapéutica se han enfocado más en enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes, el asma, la seropositividad por VIH y el cáncer. En contraste, el uso de medicamentos de libre acceso se refiere principalmente a padecimientos y síntomas que no suelen ser graves como dolores, padecimientos gastrointestinales como acidez, diarrea y constipación, y de vías respiratorias como tos y gripe.

Hay aspectos sociales y económicos determinantes en la relación de adherencia terapéutica y el uso de medicamentos de libre acceso. En algunos estudios sobre adherencia terapéutica se ha encontrado que la pobreza, el difícil acceso al cuidado de la salud y a los medicamentos, la escasa infraestructura clínica y hospitalaria, aunado a ciertas creencias culturales sobre las enfermedades y tratamientos, están estrechamente relacionados con la falta de adherencia terapéutica y con el fenómeno del uso de medicamentos de libre acceso (Garnett, 2000).

La mayoría de los estudios relacionados con el consumo de OTC carecen de una articulación o de un marco teórico. De los pocos modelos de conductas de salud que se han desarrollado, en relación

con las teorías de la conducta “expectativa-valor” y que dan un marco explicativo del uso de medicamentos de libre acceso, se encuentra el Modelo de Creencias en la Salud (MCS).

Modelo de Creencias en la Salud

Se han desarrollado varios modelos para examinar específicamente la promoción de la salud y las conductas esperadas en salud. A partir de estas propuestas se han estructurado algunas teorías sobre la toma de decisiones y el riesgo para entender particularmente las conductas relacionadas con la salud. Sin embargo, pocas de estas propuestas se han desarrollado con el propósito de observar y predecir la conducta del uso de medicamentos en general, y en particular de los que se adquieren sin receta médica.

El Modelo de Creencias en la Salud se desarrolló en los años 50 y ha sido consistente con los modelos de expectativa-valor. Las ideas de este modelo se derivan de la teoría del campo de Lewin y de la teoría del aprendizaje de Tolman (Adler, Kegeles y Geneuro, 1992).

El Modelo de Creencias en la Salud se ha usado como marco para estudiar la forma en que los sujetos aceptan recomendaciones relacionadas con el cuidado de su salud. Este modelo, que se relaciona con los de expectativas y valores, se formuló originalmente tomando en cuenta a los individuos que no consideran aspectos preventivos en el cuidado de la salud como la vacunación (Kegeles, 1980, Rosenstock, 1966). Se plantea la hipótesis de que la conducta depende principalmente del valor de una meta en particular; de evitar una amenaza a la salud del individuo y de la probabilidad de eficacia de una acción, como vacunarse o buscar un diagnóstico, que a su vez conducirá a una meta (Maiman y Becker, 1974).

Originalmente, el Modelo de Creencias en la Salud formuló la hipótesis de que un individuo no ha de tomar ninguna decisión para llevar a cabo una acción que favorezca o evite una amenaza de enfermedad, a menos que esté psicológicamente preparado para actuar. La disponibilidad para actuar se dará en función de la susceptibilidad del individuo hacia esa amenaza a su salud, de la gravedad percibida de la amenaza, del beneficio percibido de la acción recomendada, así como de las posibles barreras al actuar.

Los elementos que forman el MCS son:

Susceptibilidad percibida. El riesgo subjetivo de vulnerabilidad a cierto padecimiento. Las personas por lo común padecen algún tipo de malestares y/o enfermedades, por lo que se esperaría que la susceptibilidad percibida en ciertas condiciones sea relativamente alta.

Gravedad percibida. Este factor se refiere a la creencia del individuo respecto a la gravedad de determinado problema de salud. Este grado de gravedad puede estar determinado por dos tipos de emociones creadas: por lo que se sabe de la enfermedad y por las complicaciones que ésta pudiera generar.

Por ejemplo, solicitar consejos al encargado de la farmacia o a un familiar para elegir y usar un medicamento de libre acceso contra una amenaza de salud leve, podría considerarse una acción benéfica por alguien que ha sufrido algún padecimiento ligero.

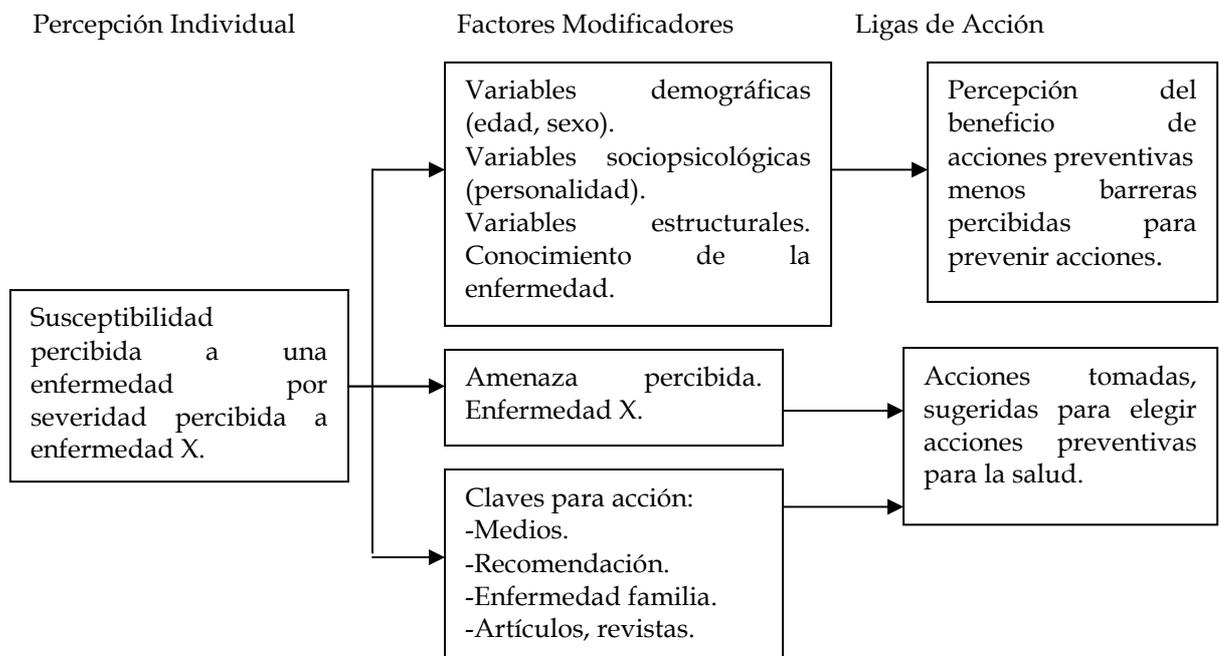
Barreras percibidas. Este factor/componente remarca los aspectos negativos potenciales al seleccionar una acción de autocuidado de la salud. Una persona puede creer que cierta acción será benéfica si reduce la amenaza de una enfermedad; sin embargo,

al mismo tiempo también puede sentir que la acción puede ser incómoda, una pérdida de tiempo, molesta y dolorosa, o incluso peligrosa. Esto sugiere algún análisis costo-beneficio, en el cual el individuo evalúa los beneficios recibidos de tomar cierta acción ante un aspecto negativo percibido que pudiera resultar de la misma.

Claves de acción. Así, la combinación de susceptibilidad y gravedad proporciona la energía o fuerza para actuar; y los beneficios percibidos menos las barreras, señalan un camino en la toma de una acción en beneficio del autocuidado de la salud.

Las claves de acción pueden ser internas (síntomas percibidos/actos percibidos) o externas (medios de comunicación, información en folletos o comunicación de otras personas) (Kegeles, 1980; Rosenstock, 1966). (Cuadro1)

Cuadro 1. Modelo de Creencias en la Salud



Años después, este modelo sufrió algunas modificaciones (Adler, Kegels, Geneuro, 1992). Una de ellas fue la inclusión de un nuevo elemento: la modificación general de la salud. Esta variable se define como una diferencia individual orientada hacia el propio interés en la salud, y un control percibido sobre aspectos de la salud. En algunos estudios se ha tratado como una sola variable y en otros se ha separado en dos: orientación a la salud y locus de control de salud (Maiman y Becker, 1974).

Otro aspecto del Modelo de Creencias en la Salud es el concepto de autoeficacia, que más adelante se agrega al modelo de la Teoría de la Acción Razonada. Bandura (1987) define la autoeficacia como una resultante de conductas ejecutadas en el pasado y que forman parte de la historia conductual del sujeto, que desarrolla una tendencia a responder de la misma manera en distintas situaciones (consistencia transituacional, como rasgo de la personalidad) y que le lleva a tomar decisiones. La autoeficacia se constituye como mediador entre una habilidad y la ejecución de una acción guiada por esa habilidad. Es decir, no basta que una persona posea una habilidad, además es importante que se crea capaz de llevarla a cabo.

De acuerdo con este autor, cuatro factores incrementan la autoeficacia: la experiencia de éxito, el éxito vicario, la persuasión social y la reducción de la ansiedad. Estos funcionarían como requisitos de la atribución interna del control y el éxito de la conducta.

En una evaluación de la aplicación del Modelo de Creencias en la Salud, Janz y Becker (1984) concluyeron, a partir del valor

empírico del modelo, que existe una significancia estadística importante en los resultados, ya que ésta se encontró en una gran cantidad de estudios independientes.

Este índice se calculó por separado en hallazgos relacionados con cada uno de los cuatro elementos del modelo (susceptibilidad percibida, gravedad percibida, beneficio percibido y barreras percibidas) para estudios retrospectivos y prospectivos, en cuatro dominios: conducta de prevención de la salud, conductas en el rol de enfermedades, cómo tomar medicinas prescritas y en la utilización clínica; sin embargo, los resultados de este análisis no fueron concluyentes.

De hecho, existe dificultad para comparar los efectos por medio de estudios que usan el Modelo de Creencias en la Salud (MCS) y sus variables porque las definiciones operacionales de los constructos y los instrumentos de medición usados varían considerablemente. Hay discrepancias sustanciales, tanto en estudios sobre relaciones entre las variables del modelo, como en los resultados conductuales.

Uno de los factores que más han generado una aplicación errática del modelo es la gran variedad de mediciones usadas para investigar los elementos que lo componen. Esto ocurre porque el modelo se basa en la suposición de que las conductas de salud se relacionan con creencias específicas respecto de conductas en particular y las mediciones que se asignan a cada una de las conductas en particular. Estas medidas no son comparables entre diversos estudios. Además de que los constructos del modelo no se han definido operacionalmente de manera consistente, en algunas

investigaciones los constructos han sido diferentes entre estudios (Jette, Cumming, Brock, Phelps y Naessens, 1981).

Janz y Becker (1984) encontraron que el constructo de barreras percibidas fue el mejor predictor del constructo relacionado con la salud; sin embargo, la susceptibilidad percibida contribuye más a entender conductas preventivas en salud, mientras que los beneficios y la gravedad percibidos fueron más apropiados para explicar conductas respecto de la enfermedad.

Algunos estudios que apoyan lo anterior incluyeron el propósito de examinar predictores en dieta y ejercicio en adolescentes (O'Connell, Price, Roberts, Jurs y McKinley, 1985) para desarrollar planes educativos a fin de prevenir enfermedades sexuales; y por otra parte identificar el origen y la estabilidad de las creencias en salud en niños en relación con las creencias de sus madres y el uso de medicamentos (Bush e Iannotti, 1988).

Charupatanapong (1996) realizó un estudio en el que utilizó el Modelo de Creencias en la Salud para examinar el conocimiento sobre el uso de medicamentos de libre acceso, el analfabetismo y la habilidad de los adultos de bajo salario para practicar la automedicación segura con un solo grupo de medicamentos de libre acceso: los laxantes. Los resultados indicaron que la habilidad de los ancianos para practicar la automedicación es baja; se encontró también que los adultos con un nivel de educación más alto o con alguna preparación practicaban una automedicación más segura. Asimismo, se determinó que el conocimiento de la fecha de caducidad de los medicamentos fue el mejor predictor para los ancianos de bajo salario en la práctica de la automedicación segura.

Gil, López y Moreno (2001), utilizando también este modelo, estudiaron los hábitos de salud, las creencias y los conceptos con estudiantes adolescentes de 10 a 14 años, a los que se les aplicó un cuestionario con 29 reactivos sobre conceptos de salud, creencias y hábitos. Un análisis de correlación confirmó que hay cierta relación entre prácticas de salud y creencias asociadas con locus de control y la percepción de riesgo.

Bush e Iannotti (1988) realizaron un estudio en el que se entrevistó a 250 niños y sus madres sobre sus creencias en salud y sus conductas relacionadas con el uso de medicamentos para enfermedades comunes. Se analizaron hipótesis sobre el desarrollo de creencias y conductas de salud en los niños. Los resultados indicaron que las madres tienen una fuerte influencia en la orientación de los niños hacia la salud. Esto mismo se encontró con el Modelo de Creencias en la Salud para predecir el uso de algunos medicamentos. Se observaron correlaciones significativas entre madres y niños en cuatro de las variables del modelo. Solamente se encontraron ligeros efectos en la vulnerabilidad percibida; un importante predictor en los adultos fue la vulnerabilidad a la enfermedad.

Hodgson (2001) examinó la relación entre tres dimensiones: el locus de control de salud, la percepción de riesgo y la conducta de riesgo en adolescentes. Adicionalmente, este estudio probó un modelo conceptual de factores interpersonales que afectan la conducta de toma de riesgo. Se aplicaron varios instrumentos, entre ellos la escala multidimensional de locus de control de salud, la escala de percepción de riesgo de Busen y un cuestionario sobre

toma de riesgo, además de una encuesta sobre la conducta de riesgo en los jóvenes. Mediante el uso de la correlación de Pearson producto-momento, los resultados revelaron la existencia de una correlación negativa entre locus de control y la percepción de riesgo; una correlación positiva entre oportunidades de locus de control y salud, y entre control y percepción de riesgo. Además, se obtuvo una correlación negativa entre la influencia de otros en el locus de control de salud y la percepción de riesgo, y una correlación moderada entre percepción de riesgo y conductas de riesgo. La varianza total del modelo fue de 29%, de esta manera el modelo sólo fue parcialmente respaldado por los hallazgos.

Uno de los aspectos del MCS que resulta de interés para los investigadores y responsables del sector salud, es que el modelo aporta un marco teórico adecuado para intentar modificar las conductas relacionadas con la salud. Éstas se explican en términos de percepción y creencias y en la medida en que se pueden modificar. Para documentar la utilidad de este enfoque se requiere demostrar que: a) los componentes del modelo pueden modificarse mediante intervenciones específicas, y b) que los cambios en los componentes del modelo aportan modificaciones en la conducta.

Por ejemplo, Kegeles (1980) y Haefner y Kircht (1970) asignaron sujetos al azar a una intervención o a una condición control. La intervención consistió en mostrarles a los sujetos una película con información relevante sobre problemas de salud: cáncer, padecimientos cardiacos y tuberculosis. La película promovía conductas de prevención para las tres enfermedades; en el caso de los padecimientos cardiacos, seguir una dieta, hacer

ejercicio y dejar de fumar. Se aplicó un cuestionario a los ocho meses, luego de que las películas revelaron que habían logrado cambiar algunas creencias en salud (percibieron susceptibilidad personal y beneficios). Sin embargo, la intervención no cambió los hábitos personales de salud como dieta, ejercicio y fumar; los reportes de esas conductas no se relacionaron con los puntajes de creencias del MCS.

En otro estudio, Jones, Jones y Katz (1988) encontraron que las claves de acción pueden ser relativamente más eficaces en influenciar la conducta, más que otros componentes del Modelo de Creencias en la Salud.

Estudios como el anterior permiten observar que algunas teorías difieren del MCS en términos de elementos específicos. Varias comparten la idea de que los individuos evalúan el costo y los beneficios de conductas basadas en estimaciones subjetivas sobre las consecuencias que podrían ocurrir como resultado de realizar o no una acción, y de los valores que se asocian a esos resultados.

Los resultados del análisis del Modelo de Creencias en la Salud conducen a la conclusión de que es necesario conocer dos aspectos importantes para un mejor análisis: el control del sujeto a la atribución de la autoeficacia de la conducta, es decir el locus de control, y la autoeficacia.

Estos elementos ya se han agregado utilizando la Teoría de la Acción Razonada. Este modelo ha generado resultados que explican con mayor precisión la conducta considerando la intención, las actitudes y las creencias (Ajzen y Fishben, 1980).

Teoría de la Acción Razonada

Varios de los estudios que han utilizado el Modelo de Creencias en la Salud se han relacionado con la Teoría de la Acción Razonada (TAR). El supuesto básico de esta última es que los seres humanos son habitualmente racionales y usan sistemáticamente la información de que disponen (Fishbein y Ajzen, 1975). La TAR estipula que la conducta está condicionada por su intención y estas a su vez por las actitudes y las creencias. Conjuntamente la evaluación de las mismas permitirá predecir mejor la intención de la conducta. Además, el conocimiento sobre las creencias específicas de lo que otros piensan de uno, va a influir en la intención de llevar a cabo o no una conducta.

Existen muchas situaciones en las que pueden surgir imprevistos y en las que se necesitan ciertas habilidades o recursos por parte de los individuos que podrían interferir en la intención de llevar a cabo una conducta (Ajzen, 1985 y Ajzen y Maden, 1986). Esta situación lleva a incluir un tercer determinante de la intención de conducta: el control percibido. Este concepto al mismo tiempo ha hecho que, en algunas investigaciones, en lugar de referirse a la Acción Razonada se hable de la Acción Planeada.

La intención de comportarse de alguna manera específica se da en función de dos determinantes básicos: uno de naturaleza personal (actitudes) y otro que refleja la influencia social (normas subjetivas). El factor personal es la actitud hacia la conducta y la influencia social es la creencia que la persona tiene de que existen

presiones sociales que se ejercen sobre ella para que realice o no la conducta en cuestión.

La Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishben, 1980) hace énfasis en los elementos que influyen en el inicio de una acción que nos conduce a valorar las distintas creencias que están en juego y no atender sólo a una creencia general. Por ejemplo, conocer la actitud favorable hacia la salud puede decirnos muy poco sobre las conductas específicas que el individuo realizará para mantenerlas. No es factible predecir si un individuo, tras adoptar una actitud positiva hacia la salud, va a abandonar el hábito de fumar o comenzará a practicar algún tipo de ejercicio.

La TAR parte del supuesto de que el conocimiento del mayor número de creencias específicas sobre la conducta, conjuntamente con el efecto de la valoración de las mismas, permitirá una mejor predicción de la actitud y por tanto de la intención concreta de llevarla a cabo.

Sin embargo, la actitud no es la única variable a considerar para explicar el comportamiento. Fishben y Ajzen (1975), al desarrollar la Teoría de la Acción Razonada (TAR), plantean que el determinante de la conducta no es la actitud propiamente dicha, sino la intención de realizarla. A su vez la intención de ejecutar una conducta está precedida por dos precursores que la explican. Uno individual, que es la actitud acerca de la conducta, y otro de carácter colectivo y social, que hace referencia al contexto social y cultural del individuo, lo que se denomina norma subjetiva (Fishben y Ajzen, 1975, Ajzen 1985).

La actitud se puede definir por las creencias (su componente afectivo) y pueden determinar la intención y la fuerza de la conducta. Así, el modelo de la TAR incluye los siguientes elementos: la conducta precedida por la intención, ésta a su vez precedida por las actitudes sobre la conducta, la norma subjetiva y la motivación a complacer. Estos últimos tienen el antecedente de las creencias que influyen directamente en las actitudes, las creencias normativas que anteceden a la norma subjetiva y las creencias de control que anteceden al control percibido de la conducta (Cuadro 2).

Creencias conductuales. Se relacionan con la conducta que se espera como resultado. Una creencia conductual es la probabilidad subjetiva de que la conducta genere un resultado. Es la convicción del individuo de que la realización de cierta conducta le proporcionará consecuencias favorables/desfavorables.

Se supone que esta creencia es accesible cuando los valores subjetivos de la conducta esperada son positivos. La evaluación específica de cada resultado contribuye a la valoración de la actitud y de que se produzca la respuesta en cuestión.

Creencias normativas. Se refieren a las expectativas conductuales percibidas por grupos o personas importantes, tales como la esposa, la familia, los amigos y (dependiendo del contexto y de la conducta estudiada), maestros o médicos. Se supone que las creencias normativas, en combinación con las motivaciones de las personas, determinan la norma subjetiva. Es la valoración positiva/negativa acerca de los individuos o grupos específicos que consideran debe/no debe realizar la conducta en cuestión.

Creencias de control. Tienen que ver con la presencia de factores que pueden facilitar o impedir que ocurra la conducta. Se supone que estas creencias de control, en combinación con el poder de control de cada factor, determinan el valor del control de la conducta percibida.

Actitud por medio de la conducta. Es el grado en que la ejecución de la conducta se valora como positiva o negativa. De acuerdo con lo esperado, la actitud de la conducta está determinada por el conjunto total de creencias de las conductas accesibles que se encadenan a la conducta de varios resultados y otros atributos.

Norma subjetiva. Es la presión social percibida para ejecutar o no una conducta.

Control conductual percibido. Se refiere a la percepción de la persona de su habilidad para ejecutar determinada conducta.

Intención. Es la representación cognitiva de ser apto y estar listo para ejecutar una conducta. Se considera el antecedente inmediato previo a la conducta.

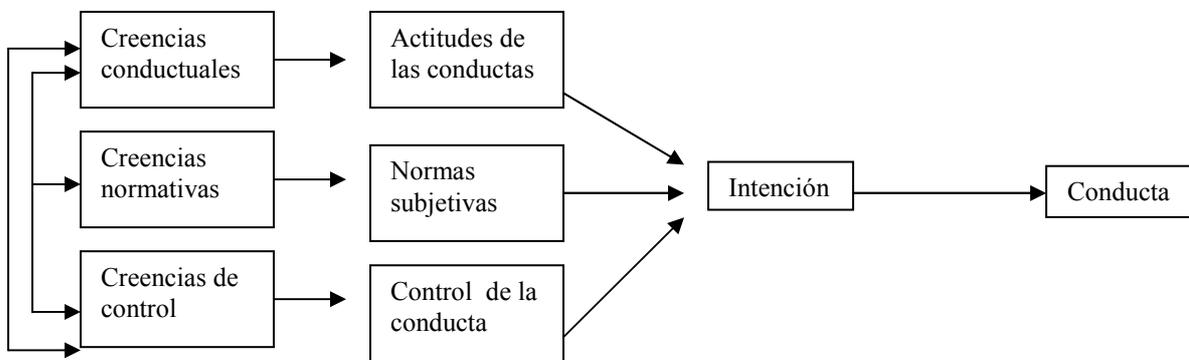
Control conductual actual. Se refiere al grado en el cual una persona tiene habilidades, aptitudes, capacidad y los prerrequisitos necesarios para ejecutar la conducta esperada. Una ejecución exitosa de la conducta no sólo depende de intenciones favorables, sino también de un nivel de control apropiado.

Conducta. Es la manifestación observable en una situación dada en un contexto (con respecto de un grupo). La observación de una conducta puede agregarse al contexto y al tiempo para producir una conducta más específica y medible. En la TAR, la conducta

ocurre en función de intenciones compatibles y de una percepción del control de la conducta.

Conceptualmente se espera que el control conductual percibido modere los efectos de la intención en la conducta. En la práctica ocurre que intenciones y control conductual tienen el efecto principal en la conducta, pero no suele haber una interacción significativa.

Cuadro 2. Modelo de la Teoría de la Acción Razonada



La Teoría de la Acción Razonada es distinta del Modelo de Creencias en la Salud (MCS), en que mientras ambos modelos incorporan el punto de vista del individuo sobre las consecuencias de tomar o no una acción particular con respecto de la salud, los dos difieren en la gama de consecuencias que se examinan.

Por otro lado, en el MCS los dos predictores inmediatos de acción son la amenaza percibida, es decir, la gravedad, y los beneficios percibidos al tomar una acción recomendada ante la amenaza declarada. Esta percepción del costo beneficio tiende a ser planteada en términos de consideraciones relacionadas con la salud. En la Teoría de la Acción Razonada, uno de los principales

componentes que influyen es la intención de acción en la actitud por medio de su ejecución.

Mientras que la actitud que afecta la conducta puede reflejar la percepción de salud, el costo beneficio de la acción por la amenaza declarada y el grado de amenaza, otras consideraciones no relacionadas con la salud, pueden también jugar un papel importante.

Así, la TAR es más amplia y puede considerar más aspectos que el MCS. El uso de la TAR puede llevar a predicciones más fuertes de intención y conductas. Asimismo, agrega percepciones de otros que son importantes para el individuo, considerando (o no) que él podría tomar la acción.

El MCS incluye variables sociales en términos de señales que puedan estar basadas socialmente, pero no incluye explícitamente normas socialmente percibidas y expectativas que puedan gobernar ciertas conductas.

Tanto la Teoría de Acción Razonada como el Modelo de Creencias en la Salud se han sometido a prueba simultáneamente, con el fin de conocer los predictores de la intención de la conducta favorable en el uso del condón. Se agregó al modelo de la acción razonada la variable locus de control. Para el Modelo de Creencias de la Salud se encontraron dos variables predictoras de la intención de su uso: la susceptibilidad y el factor de claves para la acción. Para el modelo de la acción razonada se encontraron como predictores de la intención de la conducta saludable las creencias normativas y el control percibido (Conner y Graham,1992).

En función de beneficios percibidos y barreras percibidas del MCS como factores importantes, un estudio trazó como objetivo conocer el grado en que los pacientes seguían las recomendaciones del doctor al tomar sus medicamentos; esta acción unida a las dimensiones del modelo explicaron 10% de la varianza en las variables para seguir las indicaciones prescritas. En el análisis del MCS se agregaron las variables de la TAR usando la técnica de regresión múltiple jerarquizada; la varianza explicada subió a 19%. Los autores concluyen que los hallazgos del estudio apoyan las críticas al MCS relativas a que el modelo es insuficiente como articulador (Ried y Cristensen, 1988).

Pérez (2001) propuso una teoría sobre el cumplimiento de normas de seguridad en el trabajo. En dicha teoría se planteó la hipótesis de que se puede cambiar el conocimiento de los riesgos en la industria, y explorar si dicho conocimiento se relaciona con los riesgos para la salud de los trabajadores y con opciones de conducta para un comportamiento seguro. El estudio examinó el impacto de la nacionalidad y de los valores culturales del universalismo, la seguridad, el poder y la autodirección en la percepción del riesgo y en la propensión a actuar con indicadores seguros. Esto último se midió con una escala basada en la Teoría de la Acción Razonada propuesta por Ajzen y Fishbien (1980). El estudio reveló que el tipo de información interactúa con la nacionalidad y la percepción del riesgo. Los hallazgos indicaron claramente que tanto la nacionalidad como los valores culturales determinan una varianza única, tanto en la percepción del riesgo como en la propensión a aplicar procedimientos seguros. Estos hallazgos relacionan

significativamente los valores, como lo definen otros autores, y la percepción del riesgo, así como los elementos de la Teoría de la Acción Razonada.

Canin, Dolcini y Adler (1999) exploraron las barreras que existen para cambiar las conductas sexuales de riesgo desde el punto de vista clínico, cognitivo y de la psicología de la salud. Incluyeron en su análisis los factores más comunes en conducta de riesgo y discutieron las barreras relacionadas con la efectividad de la información, la percepción de riesgo, las actitudes e intenciones y la adquisición de habilidades conductuales. Estos autores recomiendan que los programas de intervención deben elaborarse incorporando más factores intrapersonales e interpersonales acerca de la conducta sexual.

Lameiras y Failde (1998) investigaron las actitudes y la percepción de riesgo en la transmisión de VIH en relaciones heterosexuales. Los resultados que obtuvieron demostraron que la opinión sobre sexualidad está relacionada con creencias políticas y religiosas, y la percepción de riesgo con el tipo de relaciones que se tiene con la pareja.

Los estudios que se han realizado utilizando la TAR, han arrojado resultados muy diversos en cuanto a la validez predictiva de cada uno de los constructos que la integran. En algunos, esto se debe a definiciones operativas ambiguas del constructo de predicción de control. En este sentido se ha propuesto que es importante asegurarse que los participantes en este tipo de estudios, no interpreten equivocadamente el constructo del que se les está preguntando. Terry y O'Leary (1995) recomiendan que al definir la

conducta se debe explicar conjuntamente el constructo de percepción de control y el de la autoeficacia.

Ferguson, Dodds y Flannigan (1994) utilizaron la predicción de control con un constructo genérico, integrado por distintas dimensiones, que varían en función de la valoración específica o general de la situación en la que se encuentra el individuo. Estos autores distinguen claramente entre atribución de control y locus de control. En otro estudio, Terry y O'Leary, 1995, consideran que el constructo de percepción de control hace referencia a valores externos del individuo considerando lo similar a la noción de expectativas de resultados.

Por otro lado, Ajzen (1985) recomienda la inclusión de la percepción de control en distintos cuestionarios para que se pueda adaptar a la muestra y objetivo de estudio, definiendo previamente aquellos aspectos que han de ser más destacados en dicho constructo. La TAR se ha aplicado en muchos campos de la investigación, tales como la mercadotecnia y la intención de voto, y en los últimos tiempos en la predicción de conductas en el campo de la salud. Concretamente en este campo se ha dirigido a estudiar comportamientos predictivos de diferentes enfermedades y en el mantenimiento de las prescripciones o recomendaciones médicas.

Algunos estudios utilizan conceptos de la Teoría de la Acción Planeada y autoeficacia como sinónimos. Rodgers y Brawley (1996) emplean la Teoría de la Acción Planeada y la autoeficacia conjuntamente para predecir la participación en un programa de control de peso. Los datos mostraron diferencias en la predicción de seguir o abandonar los programas. En este estudio se encontró que

la percepción de control predice mejor la intención de llevar a cabo la conducta de realizar ejercicio físico que la conducta de control de peso.

Por otro lado, Sparks y Guthrie (1998) realizaron un estudio que se centró en las actitudes de la gente hacia la realización de una dieta. Los resultados mostraron que la percepción de control mejora la predicción de los comportamientos relacionados con la salud.

En el campo de la psicología de la salud se ha aplicado esta teoría en estudios para la predicción como padecimiento del cáncer, la higiene bucal y otros temas. Los resultados han presentado cierta variabilidad. En estos estudios se ha observado que la percepción de control mejora la predicción de conductas.

McCaul, Sandgren, O'Neill y Hinsz (1993) realizaron dos investigaciones. En la primera se estudió el mantenimiento de las conductas de exploración para la prevención de cáncer de mama y testículos; en la segunda, el objetivo fue la higiene bucal. Las hipótesis formuladas fueron que las actitudes, la norma subjetiva y la autoeficacia predicen la conducta y que estos dos últimos constructos son capaces de predecir la intención después de controlar tanto las actitudes como las normas subjetivas.

El análisis mediante correlación y regresión múltiple reveló que el valor predictivo de la percepción de control es mejor que el de constructo de autoeficacia. Los análisis de regresión mostraron que la percepción de control explica mejor la varianza y la predicción de la intención de ambas conductas, mientras que la autoeficacia sólo resulta significativa en la predicción de las conductas de autoexploración para la prevención de cáncer de

mama. En cuanto a la predicción de enfermedades bucales, también se encontraron resultados diferenciales para ambos constructos, la percepción de control y la autoeficacia.

Lechner y De Vries (1995) investigaron el ejercicio físico como conducta favorable y concluyeron que la percepción de control (autoeficacia) predice mejor la conducta, y que la actitud y la norma subjetiva es la que peor predice. Resultados similares arrojó un estudio realizado para predecir la conducta de adquisición del hábito de fumar (Hill, Amyot y Godin, 1997). En él, la norma subjetiva (la presión del grupo) no explicó la intención de fumar o mantener la conducta de fumar. En general lo que se ha observado es que la actitud y la percepción de control son las variables que mejor predicen las conductas de salud, y la norma subjetiva la que menor influencia presenta en la intención de la conducta.

Como ya se ha documentado (Fishbein, 1980), puede existir variación concomitante entre el valor otorgado a estos dos factores y el comportamiento final de los individuos. Lo que determina la intención de llevar a cabo cierto comportamiento puede ser fundamentalmente normativo en algunos sujetos o grupos poblacionales, y en otros puede ser básicamente actitudinal. Esto permite explicar qué es lo que lleva a personas en apariencia similares (en lo familiar, escolar, económico, cultural, social o por grupos de edad, por ejemplo) a comportarse de maneras distintas frente a los mismos acontecimientos.

En síntesis, la Teoría de la Acción Razonada establece que la intención de realizar o no una conducta, está determinada por lo que la persona cree que debe hacer y la percepción que tiene de lo

que los otros creen que debe hacer. La TAR complementa y mejora aspectos del análisis de la toma de decisiones en materia de salud, ya que separa las creencias de las actitudes y subraya la importancia capital de la influencia de los “otros significativos” sobre la intención de actuar del individuo, incorporando elementos sociales importantes.

Algunos antecedentes de análisis incluyen un estudio realizado para predecir y explicar el uso del condón en una muestra mexicana, utilizando la Teoría de la Acción Razonada como modelo explicativo. Se especificaron hipótesis de interrelación de la conducta deseada y sus antecedentes psicosociales y se realizaron análisis del efecto de las creencias conductuales y la motivación por complacer sobre las actitudes conductuales y las normas subjetivas. El principal hallazgo de esta investigación fue que los diferentes patrones de influencia de los componentes del modelo están diferenciados no sólo por género, sino también por el tipo de pareja sexual (Díaz-Loving y Maldonado, 1999).

Estos mismos autores utilizaron la Teoría de la Acción Razonada para evaluar un modelo múltiple a fin de predecir el uso del condón en jóvenes adolescentes. Al considerar procesos motivacionales y conductuales, así como el efecto de un plan o estrategia mental sobre la eficacia y la planeación dirigida a la conducta, este modelo se enriqueció generando uno más completo. En relación con el modelo de la Acción Razonada, se encontró que la intención de usar condón se puede predecir a partir de actitudes de carácter inteligente y hedonista que los adolescentes depositan en él y por las creencias hacia éste (el condón es preventivo, no afecta la

erección, pero resta sensibilidad). Asimismo, la motivación por complacer a “otros”, específicamente a la pareja, señala la importancia de la norma subjetiva.

En otro estudio se investigaron los factores determinantes del uso del condón con 119 mujeres sexoservidoras. Las participantes de este estudio fueron entrevistadas a profundidad sobre sus conductas sexuales y el uso del condón; sus actitudes en su trabajo y la percepción de riesgo. Se aplicó una lista de reactivos sobre el locus de control de su salud y del control sobre el cliente. Las participantes, usuarias frecuentes del condón, resultaron identificadas como tomadoras selectivas de riesgo o tomadoras de riesgo. Se encontró que los deseos subjetivos del cliente y la situación de las participantes influyen en el uso del condón. La conducta de protección se relacionó con la actitud hacia el trabajo y el lugar donde se realizaba éste. Las sexoservidoras con actitud moderada hacia el trabajo como negocio, tuvieron más relación con el uso del condón. La utilización de éste fue menos frecuente en las sexoservidoras que tenían una actitud negativa con el trabajo y aquellas que no se identificaban profesionalmente con su grupo. Las que más tomaban el riesgo se identificaban más con clientes a los que no podían controlar, por lo que pensaban que no tenían control sobre su salud (Vanwesenbeek, De Graaf, Van Zessen y Straver, 1993).

Así, los estudios realizados con el modelo de la TAR han permitido observar su valor predictivo en algunas conductas relacionadas con la salud. Además, este modelo presenta elementos

que pueden relacionarse con factores intrínsecos y extrínsecos de los sujetos en la toma de decisiones relacionadas con su bienestar.

La presente investigación se apoya en la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975) como modelo explicativo para guiar los conceptos a medir y especificar las hipótesis de interrelación entre la conducta deseada y sus antecedentes psicosociales (Cuadro 3).

La TAR específica:

La intención. Es la representación cognitiva de estar apto y listo para ejecutar una conducta. Se considera el antecedente inmediato anterior a la conducta.

Norma subjetiva. Es la presión social percibida para ejecutar o no una conducta.

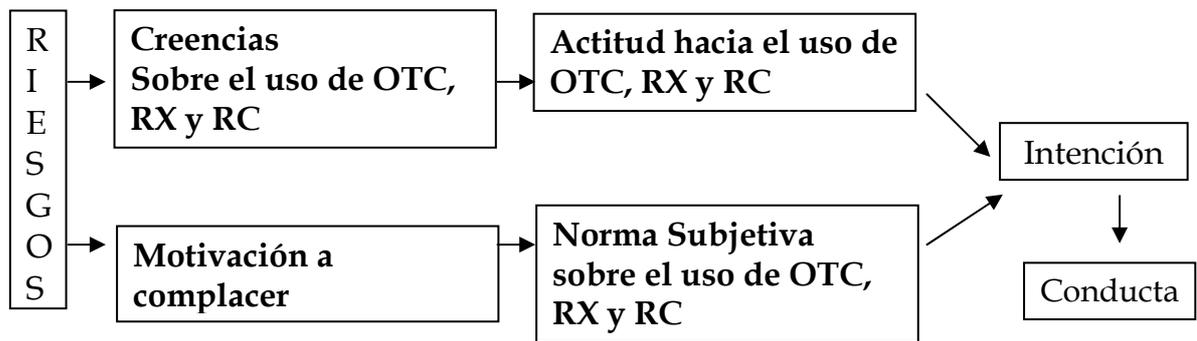
La actitud. Es el grado en que la ejecución de la conducta se valora positiva o negativamente.

Motivación a complacer. Es el propósito y el interés a realizar una conducta de acuerdo con sus referentes sociales.

Creencias. Es la probabilidad subjetiva de que la conducta produzca un resultado.

Percepción de riesgo. En cuanto al tiempo, económico, de desempeño, psicológico, social, etc.

Cuadro 3.



OTC: Medicamentos que se compran sin receta

RX: Medicamentos que se compran con receta

RC: Remedios caseros

Problemática

Las causas y problemas derivados del uso de medicamentos de libre acceso y su percepción de riesgo son diversas y contrastantes.

Se puede considerar como primer elemento la falta de infraestructura del sector salud para atender la demanda de la población. En México, entre el 52% y el 69% de la población carece de acceso a la atención médica y el 10% no puede recurrir a ninguna institución de salud ya que para esta población de bajos ingresos, en algunos casos el costo de la consulta privada representa casi la mitad de sus ingresos mensuales (Miranda, Salvatierra, Vivanco, Álvarez y Lezama 1993, Bronfman, et al, 1997, Encuesta Nacional de Salud, 2000).

La falta de atención médica y de recursos para asistir a consulta puede fomentar el autocuidado de la salud y el consumo de OTC. En relación a este último tema, en México, un estudio sobre el abastecimiento de medicamentos en unidades de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud reveló que en promedio sólo 18 de los 36 medicamentos considerados como esenciales estaban disponibles (Gómez, Garrido, Tirado, Ramírez, Macías, 2001). Esta situación puede generar una automedicación equivocada y debido a una errónea percepción de riesgo hacia los medicamentos OTC, provocar sobredosis de los mismos o que éstos no se usen a tiempo. En relación a la sobredosis, debido a la mezcla de medicamentos OTC para la gripe se ha observado que algunas personas tienen problemas de hiperventilación causada por la

efedrina y la pseudo efedrina. Se concluyó que los especialistas en salud deben estar pendientes del uso indebido de este tipo de medicinas sobre todo en jóvenes (Kim M. W., Wai L. C., Chi Y. Ch., Yiu H. Ch., Koon S. Ch., Ka F. Ch. y Chun L., 2001).

Estas dos alternativas representan un problema de salud, quizá atribuible a una percepción de riesgo deficientemente equilibrada hacia el consumo de medicamentos clasificados como OTC.

Este fenómeno se puede ver desde diferentes puntos de vista, como el político y el geográfico, por ejemplo, donde la problemática de los inmigrantes mexicanos que habitan en poblaciones cercanas al otro lado de la frontera con Tijuana y que no tienen acceso a servicios de salud, los obliga a trasladarse a territorio nacional a comprar medicamentos sin receta médica, provocando el uso indiscriminado de medicamentos OTC debido a la baja percepción de riesgo. Esto puede ocasionar que cepas bacterianas, lejos de combatirse, se hagan resistentes (Pylypa 2001).

En algunas investigaciones de los usuarios a favor del uso de este tipo de medicamentos, el 72% opina que se trata de recursos terapéuticos fáciles de usar (BIMSA, 2003).

Estudios realizados en Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala y México revelan que los latinoamericanos frecuentemente son incapaces de usar responsablemente medicamentos de libre acceso. Visto desde la perspectiva de la percepción de riesgo y cuidado de la salud, esto ha motivado una franca oposición de las autoridades reguladoras a

autorizar la reclasificación de medicamentos de receta a venta sin receta (BIMSA, 2003).

Otros estudios han mostrado que la percepción de riesgo es más alta cuando el medicamento es usado por niños y por adultos de la tercera edad (Berry, 2004). También es diferente la percepción de riesgo si los medicamentos son genéricos o de prescripción, sobre todo en cuanto a su desempeño y a los efectos colaterales (Bearde y Mason, 1978).

El volumen mismo del comercio de OTC refleja su potencial como problema de salud pública. En los Estados Unidos, por ejemplo, en 1998 había de 125 mil a 300 mil productos OTC en el mercado, representando ingresos por 13.3 mil millones de dólares. (World Health Organization, 1998). En México, de acuerdo a la Asociación de Fabricantes de Medicamentos de Libre Acceso (AFAMELA), hasta noviembre de 2004 los fármacos OTC representaban cerca del 33% del volumen total de unidades desplazadas por laboratorios farmacéuticos. Esto representó 1.2 mil millones de dólares, es decir el 18% del valor monetario farmacéutico (García, 2005).

En este panorama, una defectuosa percepción de riesgo en el uso de medicamentos de libre acceso puede concebirse como un componente medular del problema de salud pública con potenciales repercusiones políticas, sociales, culturales y económicas.

En virtud de lo anterior resulta importante contar con información adecuada que permita conocer con detalle algunas variables que intervienen en el uso de medicamentos que se adquieren sin receta médica. Un propósito ulterior incluiría

proponer un autocuidado de la salud más responsable con base en la percepción de riesgo hacia ese tipo de medicamentos. Por ello, la Organización Mundial de la Salud ha hecho un especial llamado a dar la atención necesaria a este tema, sobre todo en los países en desarrollo, donde la infraestructura sanitaria es precaria (World Health Organization, 1998).

Las investigaciones sobre el autocuidado de la salud, el uso de medicamentos en general y la percepción de riesgo en el consumo de medicamentos OTC no son suficientes y en México queda mucho por investigar. Prevenir al público sobre los riesgos que representa el mal uso o el abuso de esos medicamentos es una tarea impostergable, y la mejor ayuda es proporcionar la información necesaria y adecuada para un uso responsable de los medicamentos. Esto puede darse como parte de programas o campañas de salud articuladas con otros componentes.

Es en este sentido que se planteó la presente investigación, tomando el modelo de la TAR como marco teórico para analizar la relación existente entre los elementos del modelo y la conducta del uso de medicamentos adquiridos sin receta médica, y de esta manera explorar las variables que más influyen en la percepción de riesgo en el uso de medicamentos OTC para generar condiciones que permitan al usuario usarlos responsablemente en beneficio de su salud.

Objetivo

El objetivo principal de esta investigación fue conocer la percepción de riesgo en el consumo de medicamentos de libre acceso (OTC) en síntomas de gripe, en el marco del modelo predictivo de la Teoría de la Acción Razonada, con el fin de proponer elementos importantes como factores de intervención para mejorar la educación en el tema del consumo de OTC y su relación con el autocuidado de la salud. También estuvo el ánimo de contribuir a resolver la controversia de la capacidad o no del público para usar este tipo de medicamentos; y por último, saber qué elementos de la TAR tienen mayor relación con la conducta y la intención del consumo de medicamentos adquiridos: sin receta, con receta médica y los remedios caseros.

Método

Sujetos

El grupo de sujetos participantes estuvo constituido por 900 amas de casa mexicanas de nivel socioeconómico bajo, con edades de 20 a 60 años, seleccionadas con el método de conveniencia. El grupo cumplía con las siguientes características: no habían tomado cursos de primeros auxilios; en los últimos seis meses habían tenido dos o más síntomas de gripe; consumían medicamentos con y sin receta médica y utilizaban remedios caseros en casos de síntomas de gripe y no consumían medicamentos genéricos y similares.

Los rangos promedio de escolaridad detectados fueron: primaria incompleta, de 1.1%; primaria terminada, de 13.4%; secundaria incompleta, de 14%; secundaria terminada, de 36.7% y más de secundaria, de 36.6%.

Instrumento

Con la finalidad de medir los elementos del modelo de la TAR, se desarrolló un cuestionario con una serie de escalas y reactivos con base en cada uno de los elementos de este modelo: creencias, actitudes, motivación a complacer, norma subjetiva, intención, percepción de riesgo y conducta.

El cuestionario se desarrolló considerando las siguientes áreas:

Preguntas filtro. Con preguntas que determinaban continuar o cancelar la entrevista; estas preguntas se referían a los criterios de selección del grupo participante.

Hábitos de compra y uso de medicamentos en general.

Marcas compradas de medicamentos sin receta médica.

Creencias sobre el uso de medicamentos comprados con receta, sin receta y remedios caseros para la gripe. Esta información se obtuvo con 19 preguntas que representaban la postura de las participantes con respuestas “sí o no”. Por ejemplo:

¿Usted cree que usar medicamentos para la gripe que se compran sin receta médica alivian mejor?

Sí ___

No ___

Actitudes hacia el uso de medicinas para la gripe de cada una de estas tres situaciones: compradas con receta, sin receta y el uso de remedios caseros. Para medirlas se utilizó un diferencial semántico, con 15 díadas con cinco opciones de respuestas.

Usar medicamentos que se compran sin receta médica para la gripe es...

Seguro	1	2	3	4	5	Inseguro
Tranquilizante	1	2	3	4	5	Intranquilizante
Económico	1	2	3	4	5	Caro

Norma subjetiva. Se midió con 18 preguntas tipo Likert, colocadas sobre un continuo que variaba de “Debería usar” hasta “No debería usar” de acuerdo a otros importantes: esposo, suegra, mejor amiga, madre, hermana(o), acerca de lo que pensarían del uso

de medicamentos para la gripe comprados con receta médica, sin receta médica y remedios caseros. Ejemplo:

La mayoría de la gente importante para usted dice que...

Debería usar medicamentos para la gripe que compra sin receta médica	1 2 3 4 5	No debería usar medicamentos para la gripe que compra sin receta médica
--	-----------	---

Motivación por complacer. Se midió al preguntar a las participantes qué tanto les interesa complacer y hacerle caso a la gente que es importante para ellas; el área quedó compuesta por seis reactivos, con cinco opciones de respuesta en un continuo de “siempre” a “nunca”.

Con qué frecuencia hace lo que la gente importante para usted piensa que debería hacer

- Siempre.....1
- La mayoría de las veces.....2
- Algunas veces.....3
- Casi nunca.....4
- Nunca.....5

Percepción de los cinco diferentes tipos de riesgo. Los cinco tipos de riesgo fueron: desempeño, tiempo, reacción secundaria, psicológico y económico. Para medirlos se elaboraron reactivos tipo Likert, con escalas de cinco puntos que fueron de “siempre” hasta “nunca”.

¿Con qué frecuencia piensa que corre el riesgo de tardarse en aliviar cuando toma medicamentos para la gripe que compra sin receta médica?

Siempre.....	1
La mayoría de las veces.....	2
Algunas veces.....	3
Casi nunca.....	4
Nunca.....	5

Intención. Para medirla se desarrollaron tres reactivos: uno para OTC, uno para medicamentos recetados y otro para remedios caseros, con una escala de cinco puntos, de “muy probable” a “nada probable”.

¿Qué tan probable es que en el futuro, cuando tenga síntomas de gripe, tome medicamentos que compra sin receta médica?

Muy probable 1 2 3 4 5 Nada probable

Conducta de consumo de OTC. Para esta área se elaboró un reactivo que se contestaba en una escala de cinco puntos, de “siempre a “nunca”.

Cuando usted tiene síntomas de gripe ¿usa medicamentos que compra sin receta médica?

Siempre.....	1
La mayoría de las veces.....	2
Algunas veces.....	3
Casi nunca.....	4
Nunca.....	5

Procedimiento

Previamente al desarrollo del cuestionario se realizaron cuatro grupos focales con 10 amas de casa cada uno, con las mismas características. El objetivo fue obtener información que permitiera construir las escalas y reactivos del cuestionario, teniendo como base los elementos del modelo de la Teoría de la Acción Razonada (TAR).

Para la realización de los grupos focales se elaboró una guía de tópicos con los siguientes apartados: 1) Bienvenida, motivos de la reunión, la familia, uso del tiempo libre. 2) Padecimientos o enfermedades más frecuentes. 3) Gripe: qué síntomas se presentan con más frecuencia, cómo los resuelve, remedios caseros más usados, visita al médico. 4) Medicamentos OTC: uso de medicamentos comprados en la farmacia sin receta, razones para su uso, quién los recomienda, dosis, qué piensa de ellos, qué cree de ellos, qué sabe de ellos, tratamientos, ventajas, desventajas, riesgos, precio. 5) Qué piensan las personas importantes para usted cuando toma medicamentos que adquiere en la farmacia sin receta, qué tanto le importa a usted lo que los otros digan. 6) Cómo sería el antigripal ideal, qué espera de los antigripales, qué tipo de problemas tiene cuando consume antigripales.

Por medio de reclutadoras profesionales se solicitaron los cuatro grupos de amas de casa con las características señaladas. Estas reclutadoras cuentan con amplia experiencia y se guían con especificaciones muy claras para la selección de las participantes. La duración con cada grupo focal fue de aproximadamente una hora y

quince minutos. Los grupos focales se desarrollaron en una cámara de Gesell. El moderador de los grupos fue un profesional dedicado a este tipo de entrevistas. Cada uno de los grupos focales se grabó en audio y en video. Se transcribieron estas grabaciones textualmente para hacer un análisis que permitiera encontrar indicadores en la elaboración de los reactivos de cada uno de los elementos del modelo de la TAR.

Una vez desarrollado el cuestionario (Apéndice B), se hizo una primera validación con 15 jueces expertos, psicólogos especializados en el área de salud, para asegurar que cada uno de los reactivos tuviera relación con cada uno de los componentes del modelo de la Teoría de la Acción Razonada. Con el fin de aumentar su precisión y carácter inclusivo, se reescribieron aquellos reactivos que no fueron independientemente asignados al componente de pertenencia por al menos el 80% de los jueces, quienes volvieron a evaluar en sesiones separadas hasta alcanzar el criterio para todos los reactivos.

Para la aplicación del cuestionario se capacitó a 10 encuestadores para que pusieran especial atención en los criterios de inclusión. Esta capacitación consistió en: una descripción breve y general del proyecto, lectura total del cuestionario, una sección de preguntas y respuestas sobre el cuestionario, modificación de preguntas, ejercicios entre los encuestadores y piloteo del instrumento con 20 sujetos para evaluar su comprensión.

El levantamiento de información se realizó en las 16 delegaciones del D. F., en puntos de afluencia de acuerdo a un mapa del Compendio Estadístico Mercadotécnico de la Ciudad de México (WILSA, 1998-2000), en donde se especifican las zonas de acuerdo a

los niveles socioeconómicos de escuelas, mercados y parques. La distribución de frecuencias por delegación fue: en la que más se aplicaron 90 cuestionarios; en la que menos 21; con una media de 56 cuestionarios por delegación.

Análisis psicométrico

Con la finalidad de tener grupos de reactivos y conformar escalas que representaran dimensiones y componentes generales del modelo, se realizaron los siguientes análisis psicométricos:

Análisis de discriminabilidad de los ítems entre los grupos altos y bajos en puntuación de acuerdo al primer y cuarto cuartil.

Análisis factorial con rotación varimax (14 factores) y cálculo de la consistencia interna para obtener la confiabilidad (Coeficiente alfa de Cronbach) (Hair, Anderson, Tatham, Black, 1999; Kerlinger y Lee, 2002).

Como resultado del análisis factorial y de la rotación varimax, los reactivos se agruparon en los mismos factores que se establecieron en el cuestionario. Es decir, creencias, actitudes, motivación a complacer, norma subjetiva y percepción de riesgo, con cargas factoriales superiores a .40 en todos los reactivos.

El factor de creencias en el consumo de medicamentos que se compran sin receta médica (OTC), presentó un alfa de .710 con 4 ítems; para creencias en el consumo de medicamentos que se compran con receta médica (RX), el alfa fue .587 con 3 ítems, y creencias en el uso de remedios caseros (RC), tuvo un alfa de .655 con 4 ítems.

Para las actitudes OTC se obtuvo un alfa de .936 con 13 ítems. Actitudes RX un alfa .855 con 9 ítems; actitudes RC un alfa de .912 con 12 ítems.

Norma Subjetiva OTC tuvo un alfa de .877 con 6 ítems. Norma Subjetiva RX un alfa de .900 con 6 ítems; y Norma Subjetiva RC un

alfa de .919 con 6 ítems. El área motivación a complacer obtuvo un alfa de .861 con 6 ítems.

Percepción de riesgo OTC presentó un alfa de .783 con 5 ítems; riesgo RX un alfa de .766 con 3 ítems, y riesgo RC un alfa de .688 con 2 ítems (ver tabla 1).

Tabla 1.

Área	No. de ítems	Alfa
Actitudes OTC	13	.936
Norma Subjetiva	6	.919
Actitudes RC	12	.912
Norma Subjetiva RX	6	.900
Norma Subjetiva OTC	9	.877
Motivación a complacer	6	.861
Actitudes RX	9	.855
Riesgo OTC	5	.783
Riesgo RX	3	.766
Creencias OTC	4	.710
Riesgo RC	2	.688
Creencias RC	4	.655
Creencias RX	3	.587

Resultados

Con la finalidad de evaluar el potencial predictivo y la congruencia entre relaciones en el contexto de la Teoría de la Acción Razonada, se realizaron una serie de análisis de trayectoria con regresión múltiple por pasos, con el fin de observar sólo los elementos que aportaran valores significativos a la predicción de las variables dependientes: intención y conducta (Hair, Anderson, Tatham, Black, 1999; Kerlinger y Lee, 2002; Tabachnick y Fidell, 1989). En todos los análisis se observó una probabilidad asociada

menor a .05 (estadísticamente significativa) para la mayoría de las variables del modelo.

Intención

El primer análisis que se llevó cabo fue evaluar juntas las creencias y la motivación a complacer sobre la intención. La motivación a complacer aportó el mayor peso; el peso de esta última variable se observa cuando el valor de beta aportado es de .374 y con una R² de .140. Las creencias aportaron un valor pequeño a la R² dejándola en .157, su valor de beta fue bajo y negativo, -.132 (ver Tabla 2.)

Tabla 2. Efectos de la motivación a complacer y creencias sobre la intención

	R ²	p (F)	β	p (F)
Motivación a complacer	.140	.000	.374	.000
Creencias	.157	.000	-.132	.000

La norma subjetiva aportó un alto valor de predicción a la intención cuando se evaluó junto con las actitudes. La norma subjetiva resultó con una R² de .176 y un valor de beta alto de .420; al añadir las actitudes aumentó muy poco la R² a .180 y su valor de beta también fue menor, .064 (ver tabla 3).

Tabla 3. Efectos de las actitudes y norma subjetiva sobre la intención

	R ²	p (F)	β	p (F)
Norma subjetiva	.176	.000	.420	.000
Actitudes	.180	.000	.064	.038

Como se puede observar en las tablas 2 y 3, las creencias y las actitudes aportaron un valor mínimo al modelo cuando se incluyeron las variables motivación a complacer y norma subjetiva.

Juntos, los valores de motivación a complacer, riesgo y creencias muestran que la motivación a complacer es un predictor más importante que los otros dos, con un valor de beta importante de .374 y con una R² de .140. Por otro lado, al incluir los riesgos la R² aumentó en forma mínima a .181; sin embargo, el valor de beta se mantiene con .204. Finalmente, incluyendo las creencias la R² del modelo queda en .191 y su valor beta fue de -.099. Se observó que el riesgo percibido aportó al modelo más que la variable creencias (ver Tabla 4.)

Tabla 4. Efectos de la motivación a complacer, percepción de riesgo y creencias sobre la intención

	R ²	p (F)	β	p (F)
Motivación a complacer	.140	.000	.374	.000
Riesgo	.181	.000	.204	.000
Creencias	.191	.000	-.099	.001

En esta tabla también se observa que la influencia de las creencias del ama de casa en el consumo de OTC tuvo una relevancia pequeña, aunque significativa.

Cuando se evaluaron juntas la percepción de riesgo, la norma subjetiva y las actitudes para predecir la intención, las actitudes quedaron fuera del modelo; sin embargo, la norma subjetiva aportó un valor de beta relevante de .420 y una R² de .176. La percepción de riesgo percibido aumentó muy poco en la R² a sólo .186 y el valor de beta fue de .104 (ver tabla 5).

Tabla 5. Efectos de las actitudes, norma subjetiva y percepción de riesgo sobre la intención

	R ²	p (F)	β	p (F)
Norma subjetiva	.176	.000	.420	.000
Riesgo	.186	.000	.104	.000

Elimina actitudes.

En esta tabla se puede observar con más claridad que para las amas de casa son más relevantes para la intención de uso de medicamentos OTC para la gripe, la opinión de otros importantes para ellas y la posibilidad de riesgo, que la valoración actitudinal hacia los medicamentos OTC .

Cuando se aplicaron todas las variables del modelo hacia la intención, las que más aportaron a la varianza explicada fueron: la norma subjetiva, la motivación a complacer y el riesgo percibido. Estas mismas variables son las más relevantes para las amas de casa

cuando tienen la intención de usar medicamentos OTC para la gripe. La norma subjetiva aportó una R^2 de .176 y su valor de beta resultó muy importante, .420; la motivación a complacer aumentó la R^2 a .230 y mantuvo un valor importante de beta de .251, y la percepción de riesgo percibido incrementó la varianza explicada a .244 y tuvo un valor beta de .124.

Finalmente, el valor de R^2 de las creencias aumentó a sólo .248 la varianza y el valor de beta fue negativo de -.068. Quedando fuera del modelo las actitudes (ver Tabla 6). Llama la atención que si bien la variable creencias permanece en el modelo, es mínima su aportación a la varianza y su valor de beta fue negativo.

Tabla 6. Efectos de todo el modelo: las actitudes, norma subjetiva, motivación a complacer, percepción riesgo y creencias sobre la intención

	R^2	p (F)	β	p (F)
Norma subjetiva	.176	.000	.420	.000
Motivación a complacer	.230	.000	.251	.000
Riesgo	.244	.000	.124	.000
Creencias	.248	.000	-.068	.024

Elimina actitudes.

En síntesis, se observó en todos los modelos probados de predicción hacia la intención, que la norma subjetiva y la motivación a complacer fueron las que más aportaron a la predicción de la intención, tanto por sus valores de R^2 como por los de beta; mientras

que la variable creencias y la variable actitudes tuvieron un valor relativo muy bajo en la predicción sobre la intención de consumo de medicamentos OTC.

Conducta

En cuanto a las variables del modelo que afectan a la conducta, se examinaron la intención y la motivación a complacer junto con las creencias. El análisis dejó fuera a estas últimas. La intención fue la que más aportó a la varianza explicada con valores de R^2 de .126 y un valor importante de beta de .355. La motivación a complacer aportó un valor pequeño dejando a la R^2 en .131 y una beta negativa de -.076 (ver tabla 7).

Tabla 7. Efectos de las creencias, la intención y la motivación a complacer sobre la conducta

	R^2	p (F)	β	p
(F)				
Intención	.126	.000	.355	
				.000
Motivación a complacer	.131	.000	-.076	
				.026

Elimina creencias.

Esto indica que las amas de casa prácticamente no toman en cuenta las creencias que tienen sobre los medicamentos OTC para la gripe.

Juntas, las variables actitudes, norma subjetiva e intención dejaron fuera del modelo predictivo a la norma subjetiva. La intención aportó valores importantes con R^2 de .128 y beta de .357. Las actitudes añadieron poco a la predicción, tanto en la R^2 como al valor de beta, aunque se mantiene en el modelo (ver Tabla 8).

Tabla 8. Efectos de la intención, actitudes y norma subjetiva sobre la conducta

	R^2	p (F)	β	p (F)
Intención	.128	.000	.357	.000
Actitudes	.132	.000	.064	.044

Elimina la norma subjetiva.

Los efectos de predicción hacia la conducta de las variables intención, motivación a complacer, creencias y riesgo juntas, dejaron fuera del modelo predictivo a las creencias.

En este análisis, lo que se observó es que la variable riesgo agregó un valor importante a la intención y dejó con valores mínimos a la variable motivación a complacer y eliminó las creencias. La intención aportó el valor más importante a la varianza con una R^2 de .126 y un valor importante de beta de .355. Al añadir la percepción de riesgo la R^2 aumentó a .157 y la aportación de beta al modelo fue de .181. Al agregar la motivación a complacer, su

contribución fue mínima al incrementar la R^2 a .161 y el valor de beta fue negativo, -.067 (ver Tabla 9).

Tabla 9. Efectos de las creencias, intención, riesgo y motivación a complacer sobre la conducta

	R^2	p (F)	β	p (F)
Intención	.126	.000	.355	.000
Riesgo	.157	.000	.181	.000
Motivación a complacer	.161	.000	-.067	.044

Elimina creencias.

Los efectos de los valores de predicción hacia la conducta de las variables intención, percepción de riesgo, norma subjetiva y actitudes juntas, eliminaron del modelo predictivo a la norma subjetiva y a las actitudes. La intención aportó el mayor valor de predicción con un valor de beta importante de .357 y con una R^2 de .128. Al agregar la percepción de riesgo al modelo predictivo quedó un valor de R^2 de .159 con una aportación del valor de beta de .181 (ver tabla 10).

Tabla 10. Efectos de la intención, percepción de riesgo, norma subjetiva y actitudes sobre la conducta

	R^2	p (F)	β	p (F)
Intención	.128	.000	.357	.000

Riesgo	.159	.000	.181	.000
--------	------	------	------	------

Elimina norma subjetiva y actitudes.

Al evaluar todos los elementos del modelo juntos hacia la conducta, quedaron como los predictores más importantes: la intención, con un valor de beta robusto de .355 y una R^2 de .126; la percepción de riesgo tuvo también un valor importante dejando la varianza con una R^2 de .157 y beta de .181. La motivación a complacer se modificó muy poco comparada con los otros modelos en que se probó con una R^2 de .161, y un valor negativo de beta de -.067. Quedaron fuera del modelo las actitudes, las creencias y la norma subjetiva (ver Tabla 11).

Tabla 11. Efectos de todo el modelo: las actitudes, creencias, norma subjetiva, intención, percepción de riesgo y motivación a complacer sobre la conducta

	R^2	p (F)	β	p (F)
Intención	.126	.000	.355	.000
Riesgo	.157	.000	.181	.000
Motivación a complacer	.161	.000	-.067	.044

Elimina actitudes, creencias y norma subjetiva.

Así, las principales variables predictoras de la intención no fueron las mismas que surgieron para predecir la ejecución de la conducta de uso de medicamentos OTC.

Como se observa en las tablas 7, 8, 9, y 10, la intención y el riesgo son los valores que más aportaron a la varianza explicada

sobre la conducta como variable dependiente, a diferencia de cuando la variable dependiente es la intención, en el que las variables predictoras más importantes fueron la motivación a complacer y la norma subjetiva. Esto indica que las amas de casa sí hacen un diferencia entre la probabilidad de usar un medicamento OTC para la gripe y la de realmente usarlo. Asimismo, cuando ya se está en la situación de tomar el medicamento, el riesgo percibido sí adquiere un valor relevante.

Percepción de Riesgo

La percepción de riesgo resultó una de las variables que mejor predijeron la conducta. El cuestionario evalúa cinco diferentes tipos de riesgos, en cuanto al consumo de medicamentos OTC o recetado y a los tratamientos con remedios caseros, por lo que se realizó un análisis con el fin de observar la posibilidad de efectos diferenciales entre estos tipos.

Los cinco diferentes tipos de percepción de riesgo, afectaron muy poco la predicción de la conducta. Sin embargo, aunque los valores de R^2 fueron siempre bajos, los más altos se relacionaron con los medicamentos que se compran sin receta médica (OTC) y sólo en la predicción de los riesgos psicológicos y de desempeño afectaron al medicamento comprado con y sin receta médica (RX). Esto indica que en el caso de los remedios caseros (RC), se les percibe como que posiblemente no les resuelva la situación; sin embargo, están seguros de que no les afectará negativamente. En cambio, estarían a la expectativa sobre si hicieron bien o no en tomar un medicamento

OTC o un medicamento RX, ya que implicó riesgo psicológico. De igual manera, perciben riesgo en cuanto al buen desempeño de los medicamentos OTC y los RX.

En cuanto al efecto de predicción de cada una de las intenciones de consumo de OTC, RX y RC sobre la conducta, la única intención que adquirió un valor importante y significativo fue la de los medicamentos OTC con una R^2 de .129 y valor de beta de .360. Los medicamentos RX, que obtuvieron una R^2 de .153 y un valor de beta de .159. Los remedios caseros añadieron muy poco al valor de predicción, R^2 de .157 con beta mínima de .067 (ver Tabla 12).

Tabla 12. Efecto de la intención de OTC, RX y RC sobre la conducta

	R^2	β	p (F)
Intención de OTC	.129	.360	.000
Intención RX	.153	.159	.000
Intención RC	.157	.067	.000

Los resultados de cada una de las percepciones de riesgo en el consumo de OTC, RX y RC sobre la conducta, indicaron que sólo la percepción de riesgo por los medicamentos OTC se mantuvo siempre en el modelo, aunque con valores muy bajos de predicción. Así, la percepción de riesgo de desempeño de OTC, RX y RC sobre

la conducta presentó los siguientes valores: OTC, R^2 de .021, con un valor de beta de .145; RX aumentó el valor muy poco de R^2 , a .026 y el valor de beta también fue bajo con .072. Se eliminó del modelo la percepción de riesgo de desempeño en el consumo de remedios caseros (ver Tabla 13). Aunque con valores muy bajos de predicción, al parecer las participantes están muy claras en que los medicamentos en los que percibieron mayor riesgo son los adquiridos con y sin receta médica, a diferencia de los remedios caseros.

Tabla 13. Efectos del riesgo de desempeño de OTC, RX y RC sobre la conducta

	R^2	p (F)	β	p
(F)				
Riesgo de desempeño OTC	.021	.000	.145	.000
Riesgo de desempeño RX	.026	.000	.072	.033

Elimina riesgo de desempeño de RC.

La percepción del riesgo de tiempo, que significa el lapso en que se supone que debe de actuar lo que se toma (OTC, RX y RC) sobre la conducta, sólo se mantuvo en el modelo para los medicamentos OTC con un valor mínimo de R^2 de .031 y una aportación de .175 de beta. Esto indica que las amas de casa ponen atención en que los medicamentos que compran sin receta médica pueden aliviar menos rápido y que quizá tengan que recurrir al

médico, lo que podría explicar la relevancia de la variable tiempo (ver Tabla 14).

Tabla 14. Efectos del riesgo de tiempo de OTC, RX y RC sobre la conducta

	R ²	p (F)	β	p (F)
Riesgo de tiempo OTC	.031	.000	.175	.000

Elimina riesgo de tiempo de RX y RC.

En la percepción de riesgo de reacciones secundarias sobre la conducta, sólo se mantuvieron en el modelo los medicamentos OTC con un valor pequeño de R² de .064 y una beta con valor de .253 (ver Tabla 15).

Tabla 15. Efectos del riesgo de reacciones secundarias de OTC, RX y RC sobre la conducta

	R ²	p (F)	β	p (F)
Riesgo de reacciones secundarias OTC	.064	.000	.253	.000

Elimina riesgo de reacciones secundarias de RX y RC.

En cuanto al riesgo psicológico (se refiere a que cuando el medicamento no refuerza la autoimagen o autoconcepto del comprador) sobre la conducta, todas las variables aportaron valores muy bajos. Los medicamentos OTC obtuvieron un valor de R² de .029 y un valor de beta de .171 y los RX un valor de R² de .033 y una aportación de beta de .068, eliminando a los riesgos psicológicos de remedios caseros. Esto indica que las participantes se sienten menos seguras cuando usan los medicamentos OTC y los RX (ver Tabla 16).

Tabla 16. Efectos del riesgo psicológico de OTC, RX y RC sobre la conducta

	R ²	p (F)	β	p (F)
Riesgo psicológico de OTC	.029	.000	.171	.000
Riesgo psicológico de RX	.033	.000	.068	.047

Elimina riesgo psicológico de RC.

Por último, en el análisis de la percepción del riesgo económico, es decir un gasto inútil para solucionar el problema de salud, de medicamentos OTC, RX y tratamientos RC sobre la conducta, sólo quedaron en el modelo de predicción los medicamentos OTC, con un valor de predicción mínimo de R² de .052, aunque con un valor importante de beta de .229, eliminando del modelo a RX y RC (ver Tabla 17).

Tabla 17. Efectos del riesgo económico de OTC, RX y RC sobre la conducta

	R ²	β	p (F)
Riesgo económico OTC	.052	.228	.000

Elimina riesgo económico de RX y RC.

Para una representación diagramática de los resultados presentados en las tablas, ver Apéndice A.

Discusión

El propósito de este estudio fue evaluar la percepción de riesgo en el uso de medicamentos adquiridos sin receta médica (OTC, por sus siglas en inglés), utilizando las variables del modelo de la Teoría de la Acción Razonada (TAR).

En general, la percepción de riesgo es baja en cuanto al consumo de los medicamentos OTC, RX y a los tratamientos con remedios caseros; sin embargo, los riesgos percibidos en relación con medicamentos adquiridos sin receta es ligeramente mayor que el de los otros. Esto podría estar indicando que este tipo de medicamentos se consumen con cierto pensamiento de precaución y sabiendo los riesgos que pueden implicar su consumo.

En particular, la variable intención sobre la conducta obtuvo valores altos en el coeficiente de determinación. Esto estaría indicando que aunque la percepción de riesgo hacia los medicamentos OTC fue baja, existe un factor de precaución antes de usar este tipo de medicamentos.

Las variables intención, norma subjetiva, motivación a complacer y riesgo resultaron las variables que mejor predicen la conducta. Por otro lado, las variables del modelo que menos predicen la intención y la conducta son las creencias y las actitudes. Es decir, la probabilidad subjetiva de que la conducta produzca un resultado y el grado en que la ejecución de la conducta es valorada positiva o negativamente, no tienen un valor predictivo.

Esto se contrapone al modelo de la TAR propuesto por Ajzen y Fishben (1980), en el sentido de que el conocimiento de creencias

específicas sobre la conducta permite una mejor predicción de las actitudes y de la intención.

Los presentes hallazgos también apoyan la idea de que la percepción de riesgo se debe observar como un fenómeno multidimensional y se deben considerar las diferencias entre grupos sociales y culturales (Díaz-Loving y Rivera, 1999; Gordon-Lubitz, 2003; Nexoe, Gyrd-Hansen, Kragstrup, Dristiansen y Nielsen, 2002).

Por ejemplo, entre las mujeres mexicanas que participaron en esta investigación se observó que la norma subjetiva fue uno de los principales predictores, es decir, para el ama de casa mexicana es fundamental la opinión de las personas importantes para ella, en el uso de medicamentos. Asimismo, la motivación a complacer también fue una variable predictora importante hacia la intención y la conducta.

La variable percepción de riesgo a los medicamentos OTC siempre obtuvo valores significativos de predicción y fueron los únicos que se mantuvieron siempre en el modelo. Esto indica que las participantes consideran con cautela la compra y uso de este tipo de medicamentos.

En resumen, de acuerdo a los resultados podemos inferir que para las participantes es más relevante lo que opinan sus importantes y complacerlos y la posibilidad de riesgo, que las creencias y las actitudes que ellas tengan hacia los medicamentos OTC para problemas de gripe. También se observó que la influencia de las creencias del ama de casa en el consumo de OTC tuvo una relevancia mínima.

Estos resultados muy probablemente se relacionan con los factores socioculturales mexicanos, donde la madre es influenciada y a su vez influye (y sobre todo es depositaria de la confianza) en cuanto a problemas de salud, lo que se expresó en la relevancia que tuvo la opinión de otros importantes en la intención de utilizar algún tipo de tratamiento. Parecería claro que lo anterior afecta el autocuidado responsable de la salud, problema que en México viene impulsando la Asociación de Fabricantes de Medicamentos de Libre Acceso, A.C., AFAMELA (AFAMELA, 2007).

Los resultados de esta investigación adquieren relevancia en el sentido de que ahora se conoce con mayor precisión cuáles elementos influyen en el consumo de OTC. Si se considera el uso de la automedicación en el autocuidado de la salud, sería más fácil influir mediante elementos como la norma subjetiva y la motivación a complacer para desarrollar planes más específicos sobre este tema.

El modelo de la TAR resultó de mucha utilidad en la evaluación de los objetivos planteados en esta investigación. Se pudo observar cuáles factores del modelo obtuvieron valores predictivos más constantes en relación con la intención y con la conducta de consumo de medicamentos OTC para problemas de gripe.

El modelo permitió observar de una manera estructurada el comportamiento de algunas variables que intervienen en la decisión de compra de medicamentos OTC y su percepción de riesgo. Además de identificar cuáles elementos del modelo se relacionaron más con la predicción en el consumo de medicamentos.

Los resultados mostraron que los constructos que conforman la TAR permiten evaluar los antecedentes sociales y psicológicos del uso de medicamentos adquiridos sin receta médica, con receta, remedios caseros y percepción de riesgo en problemas de gripe.

La estrategia teórica empleada en esta investigación se podría considerar como exploratoria, en el sentido de que es la primera vez que se utiliza el modelo de la TAR aplicado al consumo de medicamentos OTC, en el que se aplicó un cuestionario desarrollado especialmente para este propósito. En próximas investigaciones el cuestionario podría mejorarse para adquirir mejores valores de confiabilidad y validez.

Es importante considerar en futuros trabajos, utilizando el modelo de la TAR, realizar un análisis con ecuaciones estructurales. Esto, además de encontrar las variables que más influyen en la conducta objeto del estudio, permitiría observar la congruencia interna del modelo.

Por ello se sugiere la participación de grupos de mayor escolaridad y de niveles económicamente más altos, ya que en otras investigaciones se ha encontrado que además de las amas de casa, son los grupos que más usan medicamentos adquiridos sin receta médica.

Otro grupo de estudio que podría considerarse es la población de niveles socioeconómicos más bajos. Aproximadamente 40% de la población tiene un ingreso menor de \$1,500.00 mensuales (INEGI, 2004). Esto representa una contradicción ya que estos grupos son los más vulnerables en su salud, los que menos posibilidades tienen de adquirir productos OTC y los que más remedios caseros usan.

Otro aspecto que sería deseable analizar es el nivel educativo de los que consumen OTC. Los estudios indican que las personas de mejor nivel educativo son las que más riesgo perciben, pero al mismo tiempo las que más consumen este tipo de medicamentos (Muñoz, 1992).

La línea de investigación sobre la percepción de riesgo en el consumo de medicamentos clasificados como OTC abre varias posibilidades de continuidad. Por ejemplo, el estudio de la percepción de riesgo en grupos de jóvenes y en grupos vulnerables, como los de la tercera edad o mujeres embarazadas.

Y no sólo en cuanto a medicamentos OTC en problemas de gripe, sino hacia otros grupos como los analgésicos, los antiácidos y los laxantes, incluyendo diferentes niveles socioeconómicos y medicamentos clasificados como genéricos y los similares.

Referencias

Adler, N. E., Kegeles, S. M. & Genevro, J. L. (1992). Risk-taking and health. En Yates, F. (Ed.), *Risk taking behavior* (pp.45-54). West Sussex, England: John Wiley and Sons.

Afamela (2007). Automedicarse responsablemente o autoprescribirse. Recuperado el 12 de marzo del 2006 de: www.afamela.org.

Ajzen, I. (1985). From intentions to action: A theory of planned behavior. En Kull, J. & Beckmann, J. (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp.11-39). Heidelberg, Germany: Springer

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, N.J., EE.UU.: Prentice Hall.

Ajzen, I. & Maden, J. T. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.

Albou, P. (1979). Self-medication. *Bulletin de Psychologie*, 32, 921-935.

Allen, F. W. (1987). Towards a holistic appreciation of risk: The challenge for communicators and policymakers. *Science, Technology and Human Values*, 12, 138-143.

Bandura, A. J. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliff, N.J. EE. UU.: Prentice-Hall.

Bauner, R. A. (1960). Consumer behavior as risk taking. En Hancock, R.S. (Ed.), *Dynamic marketing for a changing world* (pp. 389-398). Chicago, IL, EE. UU.: American Marketing Association.

Bearden, W. O. & Mason, J. B. (1978). Consumer-perceived risk and attitudes toward generically prescribed drugs. *Journal of Applied Psychology*, 63, 741-749.

Berry, D. C. (2004). Interpreting information about medication side effects: differences in risk perception and intention to comply when medicines are prescribed for adults or young children. *Psychology Health and Medicine*, 9, 27-234.

Berry, D. C., Raynor, D. K. & Knapp, P. (2003). Communicating risk of medication side effects: An empirical evaluation of EU recommended terminology. *Psychology Health & Medicine*, 8, 251-263.

Berry, D. C., Michas, I. C. & Bersellini, E. (2002). Communicating information about medication side effects: Effects on satisfaction, perceived risk to health, and intention to comply. *Psychology & Health*, 17, 247-267.

Bimsa, 2003. *Usos y Hábitos de Productos OTC*. Manuscrito no publicado.

Blumer, A., Schmalings, K. & Marlott, G. (2000). Revisiting the self-medication hypothesis from a behavioral perspective. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 379-384.

Bradbury, J. A. (1989). The policy implications of differing concepts of risk. *Science, Technology and Human Values*, 14, 380-399.

Bronfman M., Castro R., Zúñiga E., Miranda C. & Oviedo, J. (1997). Del cuánto al por qué: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México*, 39, 442-450.

Bush, P. J. (1996). Children and medicine. En Smith, C. M. & Wertheimer, I. A. (Eds.) *Social and behavioral aspects of pharmaceutical care* (pp. 449-464). Birghamton, NY, EE. UU.: The Halworth Press.

Bush, P. J. & Davison, F. R. (1992). Medicine and "Drugs". What do children think. *Health Education Quarterly*, 9, 113-128.

Bush, P. J. & Iannotti, R. J. (1988). Origins and stability of children's health beliefs relative to medicine use. *Social Science and Medicine*, 27, 345-352.

Canin, L., Dolcini, M. M. & Adler, N. E. (1999). Barriers and facilitators to HIV-STD behavior change: Intrapersonal and relationship-based factor. *Review of General Psychology*, 3, 338-371.

Carroll, N. Y., Siridhara, C. & Fincham, J. E. (1986). Perceived risks and pharmacist generic substitution behavior. *Journal of Consumer Affairs*, 20, 36-47.

Charupatanapong, N. (1996). Knowledge, perceived risk, and self-medication practice and the low-income elderly. *Journal of Geriatric Drug Therapy*, 11, 17-35.

Conner, J. & Graham, S. (1992). Situational and attitudinal influences upon student's intention to use condoms. *European Health Psychology Society. Annual Conference* (pp. 25-28) Leipzig, Germany.

De Friese, G. H. (1999). From activated patient to pacified activist: A study of the self-care movement in the United States. *Society Science Medical*, 29, 734-737.

Díaz-Loving, R. & Rivera, A. S. (1999). *Evaluación y percepción de riesgo ante el contagio del VIH en estudiantes universitarios. Psicología de la Salud. Juventud y SIDA: Una visión psicosocial* (pp.93-106) Facultad de Psicología. UNAM. México. Porrúa.

Díaz-Loving, R. & Maldonado, T. K. (1999). *Un modelo integral predictivo del uso del condón. Psicología de la Salud. Juventud y SIDA: Una visión psicosocial* (pp. 171-181) Facultad de Psicología. UNAM. México. Porrúa.

Dietz, T., Scott, F. & Forthcoming, E. R. (1987). Risk, technology, and society. **E**n Dunlap, R. E., & Michelson, W. (Ed.) *Handbook of Environmental Sociology*. Westport, CT: Greenwood Press.

Encuesta Nacional de Salud. (1993). *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 68, 121-178

Escoffery, J. S. (2002). Causes and consequences of comparative risk assessment. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 62, 9.

Ferguson, E., Dodds, A. & Flannigan, H. (1994). Perceived control: Distinct but related levels of analysis?. *Personal Individual Differences*, 16, 425-432.

Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA. EE. UU.: Addison Wesley

Fischhoff, B., Lichtenstein, S., Slovic, P., Derby, S. L. & Leeney, R. L. (1981). *Acceptable risk*. N. Y., EE. UU.: Cambridge University Press.

Forit, M. S., Oliveras, B. C., Gras, P. M. & Planes, P. M. (1997). Important factors in risky and preventative health behavior in a university student population, *Psycologemas*, 22, 225-259.

García, C. (2005). El mercado de los laboratorios de OTC en México. *Revista NEO*. México, 81, 16

Garnett, W. R. (2000). Antiepileptic drug treatment; outcomes and adherence. *Pharmacotherapy*, 20, 191-199.

Gil, R., López, R. F. & Moreno, S. E. (2001). Concepts, beliefs and health behaviors in preadolescents. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 875-903.

Gómez, D. O., Garrido, L. F., Tirado, G. L., Ramírez, D. & Macías, C. (2001). Abastecimiento de medicamentos en unidades de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud de México. *Salud Pública de México*, 43, 224-232

Gordon-Lubitz, R. J. (2003). Risk communication: Problems of presentation and understanding. *JAMA*, 289, 95.

Gray, N., Cantrill, J. & Noyce, P. (2002). Health repertories: An understanding of lay management of minor ailments. *Patient Education and Counseling*, 47, 237-244.

Grupo IDM. (2002). Estudio cualitativo de usos, hábitos y actitudes hacia la categoría de antigripales, antiácidos y analgésicos. Manuscrito no publicado.

Haefner, D. P. & Kirscht, J. P. (1970). Motivational and behavioral effects of modifying health beliefs. *Public Health Reports*, 85, 478-484.

Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. & Black, W. C. (1999). *Análisis Multivariante*. Madrid, España: Prentice Hall Iberia.

Haynes, R. B. (1979). *Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment*. Baltimore MD. EE. UU.: Johns Hopkins University Press.

Hill, B., Amyot, D. & Godin, G. (1997). Predicting the stages of smoking acquisition according to the Theory of planned behavior. *Journal of Adolescent Health*, 21, 107-115.

Hodgson, C. J. R. (2000). *Health locus of control, perception of risk, and risk-taking behavior in older adolescents*. Thesis (Ph. D.) Texas Woman's University. Tx., EE. UU.

INEGI. (2004). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares, 2000-2005*. Información armonizada de acuerdo con la conciliación demográfica. ENIGH.

Janz, N. K. & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-46.

Jette, A. M., Cumming, K. M., Brock, B. M., Phelps, M. C. & Naessens, J. (1981). The structure and reliability of health belief indices. *Health Services Research*, 16, 81-98.

Jones, S. L., Jones, P. K. & Katz, J. (1988). Health belief model intervention to increase compliance with emergency department patients. *Medical Care*, 26, 1172-1183.

Jungermann, H. (1986). Two camps of rationality. **E**n Arkes, H. L. & Hammond, K. R. (Eds). *Judgment and Decision Making: An Introductory Reader* (pp. 627-641). Cambridge, **I**ng.: Cambridge University Press.

Kahneman, D. & Tversky, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica*, 47, 263-291.

Kegeles, S. S. (1980). The health belief model and personal health behavior. *Social Science and Medicine*, 14, 227-229.

Kendra, M. A. (2002). Perception of risk by administrators and home health aides. *Public Health Nursing*, 19, 86-93.

Kerlinger, F. N. & Lee, H. B. (2002). *Investigación del Comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. D.F., México: McGraw Hill Interamericana Editores.

Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.

Kornblit, A. L., Mendes, D. A., Ubillos, S. & Páez, D. (1996). Percepción de riesgo y conducta preventivos en relación con el embarazo y el SIDA en estudiantes de secundaria. *Revista Interamericana de Psicología*, 30, 245-262.

Lameiras, F. & Failde, G. J. (1998). Sexuality and health in university men and women: Attitudes, sexual activity, and perception of the risk of heterosexual transmission of VIH. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 27-63.

Lechner, L. & De Vries, H. (1995). Starting participation in an employee fitness program: Attitudes, social influence, and self-efficacy. *Preventive Medicine*, 24, 627-633.

Levin, L. S. & Idler, J. J. (1983). Self-care in health. *Annual Review of Public Health*, 4, 181-201.

Lion, R., Meertens, R. M. & Bot, I. (2002). Priorities in information desire about unknown risk. *Risk Analysis*, 22, 765-776.

Linn, L. S. & Lewis, C. (1979). Attitudes toward self-care among practicing physicians. *Medical Care*, 17, 183-190.

Luce, R. D. & Weber, E. U. (1986). An axiomatic theory of conjoint, expected risk. *Journal of Mathematical Psychology*, 30, 188-205.

Luhmann, N. (1990). Technology, environment, and social risk: A systems perspective. *Industrial Crisis Quarterly*, 4, 223-231.

Maiman, I. A. & Becker, M. H. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographic*, 2, 336-353.

Markowitz, J. (1991). *Kommunikation ubre Risiken: Eine Problemskizze*. Manuscrito no publicado, University of Bielefeld. Germany.

McCaul, D. D., Sandgren, A. K., O'Neill, H. K. & Hinsz, V. B. (1993). The value of the theory of planned behavior: Perceived control, and self-efficacy expectations for predicting health-protective behaviors. *Basic and Applied Social Psychology*, 14, 231-252.

Miranda, R., Salvatierra, B., Vivanco, B., Alvarez, L. & Lezama, M. (1993). Inequidad de los servicios de salud a población abierta en México. *Salud Pública de México*, 35, 576-584.

Muñoz, A. (1992). Características de la automedicación y utilización de plantas medicinales en tres barrios de la Ciudad de León, Nicaragua. *Revista de la CIFIL*, 2, 83-92.

Neafsey, P., Strickler, Z., Shellman, J. & Chartier, V. (2002). An interactive technology approach to educate older adults about drug interaction arising from over the counter self-medication practices. *Public Health Nursing*, 19, 255-262.

Nexoe, J., Gyrd-Hansen, D., Kragstrup, J., Dristiansen, I. S. & Nielsen, J. B. (2002). Danish GP's perception of disease risk and benefit of prevention. *Family Practice*, 19, 3-6.

Nomaro, S. D. (2003). The effects of advertisements and hazard warning on risk perception and health behavior: A study of rationale addiction patient noncompliance with medication. *Dissertation Ababstracts International*, 64, (1A).

Northcott, H. & Bachynsky, J. (1993). Concurrent utilization of chiropractic prescription medicines, non prescription medicines and alternative health care. *Social Science & Medicin*, 37, 431-435.

O'Connell, J. K., Price, J. H., Roberts, S. M., Jurs, S. G. & McKinley, R. (1985). Utilizing the health belief model to predict dieting and exercising behavior of obese and no obese adolescents. *Health Education Quarterly*, 12, 343-351.

Palmer, H. & Dobson, K. (1994). Self-medication and memory in an elderly Canadian sample. *Gerontologist*, 34, 658-664.

Patrick, L. & Howell, C. (1998). Mental status and self-medication ability the hospitalized elderly. *Canadian Journal of Aging*, 17, 425-439.

Pérez, F. L. (2001). Hazard information risk perception, cultural values and safety compliance: A comparison of Canada, México and the United States. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 62.

Pollatsek, A. & Tversky, A. (1970). A theory of risk. *Journal of Mathematical Psychology*, 7, 540-553.

Pylypa, J. (2001). Self-Medication practices in two California Mexican Communities. *Journal of Immigrant Health*, 3, 59-75.

Rand, C. S. (1993). Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *American Journal of Cardiology*, 72, 68-74.

Renn, O. (1990). Risk perception and risk management: A review. *Risk Abstracts*. 7, 1-9.

Ried, L. D. & Christensen, D. B. (1988). A Psychosocial perspective in the explanation of patients' drug-taking behavior. *Social Science and Medicine*. 27, 277-285.

Rodgers, M. W. & Brawley, R. L. (1996). The influence of outcome expectancy and self-efficacy on the behavior intentions of novice exercise. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 618-634.

Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *Memorial Fund Quarterly*, 44, 94-127.

Rosselius, T. (1971). Consumer ranking of risk reduction method. *Journal of Marketing*, 35, 56-61.

Ross, L. D. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings: distortions in the attribution process. En Berkowitz, L. (Ed.) *Advances in Experimental Social Psychology* (pp. 173-220). N. Y., EE. UU.: Random House.

Ryan, E. L. (1998). Risk perception, risk attribution, and risk modification beliefs among women with a family history of breast cancer. *Dissertation Abstracts International: The Sciences and Engineerign*, 58, 12.

Scheller-Gilkey, G., Woolwire, B., Couper, L., Olumuyima, M., Kelly, A. & Miller, A. (2003). Relationship of clinical symptoms and substance use in schizophrenia patients on conventional versus atypical antipsychotics. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 29, 553-566.

Segall, A. (1990). A community survey of self-medication attitudes. *Medical Care*. 28, 301-310.

Sen Gupta, S. & Misra, S. (1977). Self-medication practices: An exploratory study. *Vikalpa*, 21, 17-27.

Sloand, E., D. & Vessey, J. A. (2001). Self-medication with common household medicines by young adolescents. *Issues In Comprehensive Pediatric Nursing*, 24, 57-67.

| Slovic, P. (1985). Characterizing Perceived Risk. En Kates, R. W., Hohenemser, C. & Kasperson, J. X. (Eds.). *Perilous Progress: Managing the Hazards of Technology* (pp. 470-475). Boulder, Co; EE. UU.: Westview Press.

Slovic, P. (1987). Perception of Risk. *Science*, 236, 280-285.

Sparks, P. & Guthrie, A. (1998). Self-identity and theory of planned behavior: a useful addition or an unhelpful artifice? *Journal of Applied Social Psychology, 28*, 1393-1410.

Tabachnick, G. B. & Fidell, S. L. (1989). *Using Multivariate Statistics*. California State University, Northridge, EE. UU.: Harper Collins Publishers, Inc.

Terry, D. J. & O'Leary, J. E. (1995). The theory of planned behavior: The effects of perceived behavior control and self-efficacy. *British Journal of Social Psychology, 34*, 199-220.

Tversky, A. (1972). Elimination by aspects: A theory of choice. *Psychological Review, 79*, 281-299.

Van Haecht, C. H., Vader, S. R., Obert, D. G. & Bogaert, M. G. (1991). Impact of patient package inserts on patients' satisfaction, adverse drug reactions and risk perception: The case of NSAIDs for posttraumatic pain relief. *Patient Education & Counseling, 17*, 205-215.

Vanwesenbeeck, I., De Graf, R., Van Zessen, G. & Straver, C. J. (1993). Condom use by prostitutes: Behavior, factors and considerations. *Journal of Psychology & Human Sexuality, 6*, 69-61.

Von Winterfeldt, D. & Edwards, W. (1984). Patterns of conflict about risk technologies. *Risk Analysis, 4*, 55-68.

Wong, K. M., Chak, W. L., Cheung, C. Y., Chan, Y. H., Choi, K. S., Chau, K. F. & Li, C. S. (2001). Hypokalemic metabolic acidosis attributed to cough mixture abuses. *American Journal of Kidney Disease, 38*, 390-394.

World Health Organization. (1998). The role of pharmacist in self-care and self-medication. Report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist *Department of essential drugs and other medicines*. Recuperado el 14 de marzo de 2007, de www.theannals.com.

Apéndice A

Representación diagramática de los resultados

Esta diagramación sólo se trata de una representación diferente a las tablas y **no** de un análisis de ecuaciones estructurales.

Tabla 2. Efectos de la motivación a complacer y creencias sobre la intención

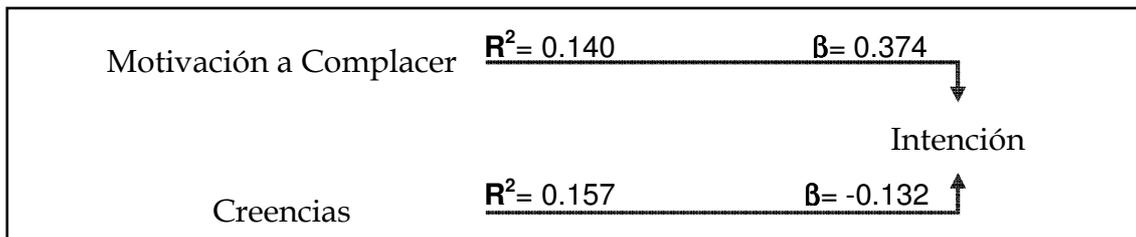


Tabla 3. Efectos de las actitudes y norma subjetiva sobre la intención

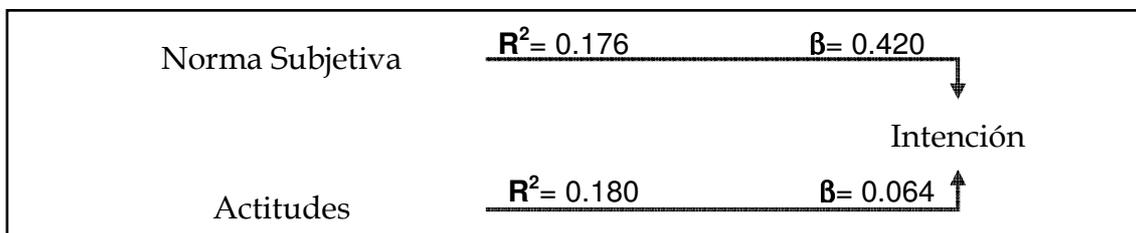


Tabla 4. Efectos de la motivación a complacer, percepción de riesgo y creencias sobre la intención

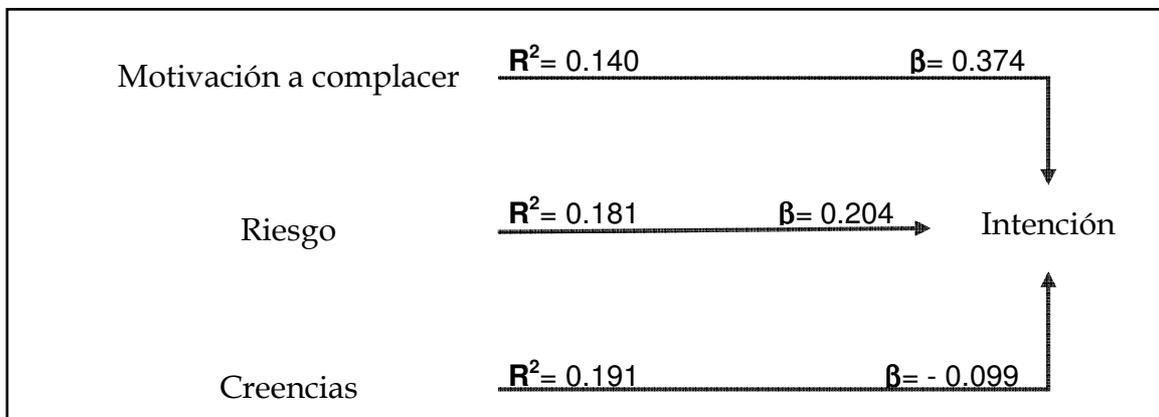


Tabla 5. Efectos de las actitudes, norma subjetiva y percepción de riesgo sobre la intención

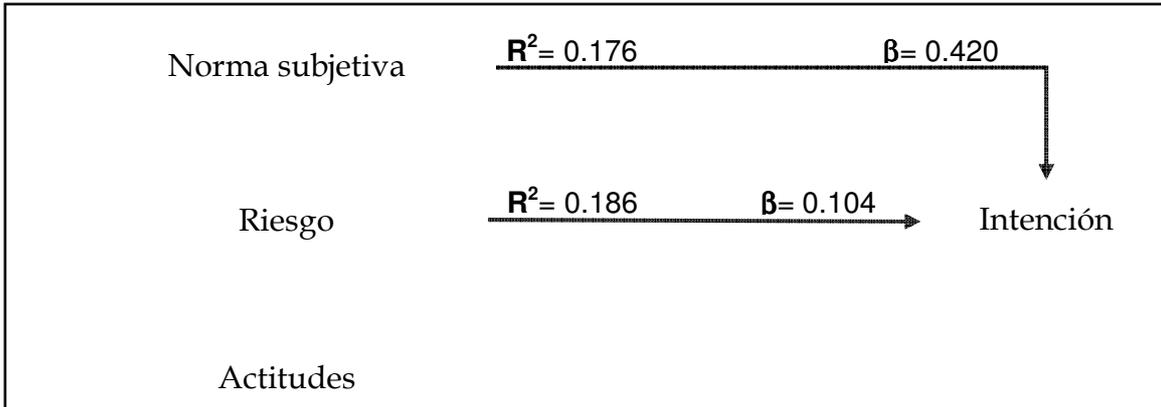


Tabla 6. Efectos de todo el modelo, las actitudes, norma subjetiva, motivación a complacer, percepción de riesgo y creencias sobre la intención

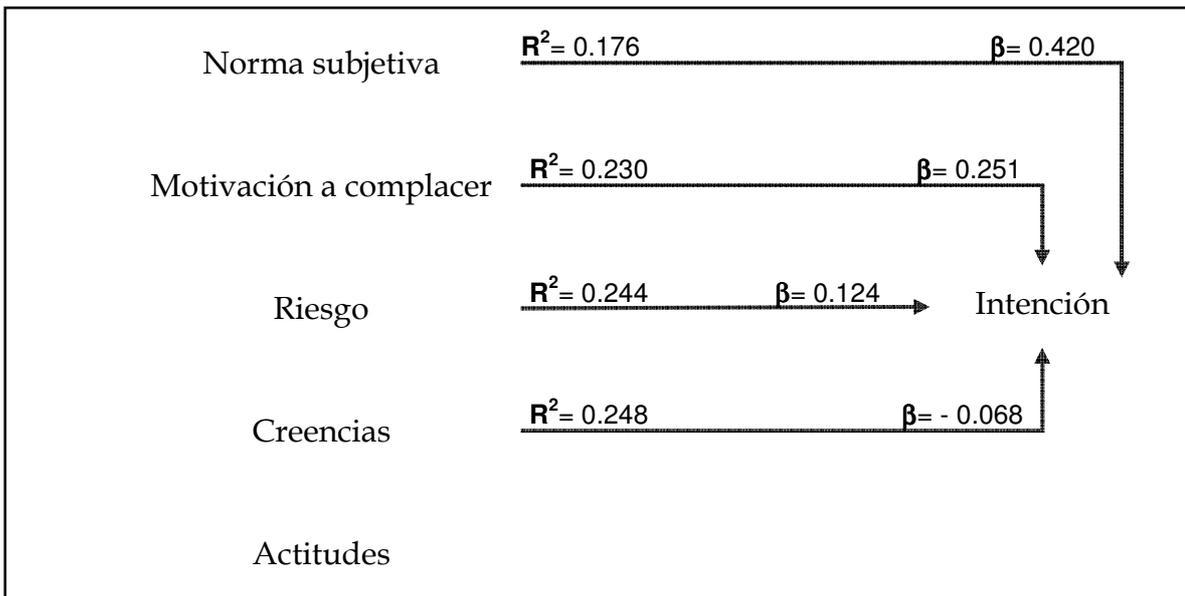


Tabla 7. Efectos de las creencias, intención y la motivación a complacer sobre la conducta

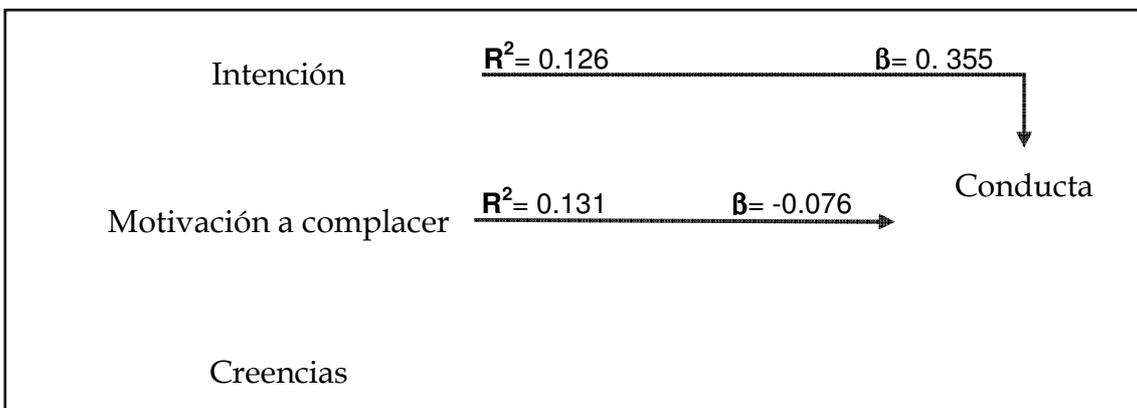


Tabla 8. Efectos de la intención actitudes y norma subjetiva sobre la conducta

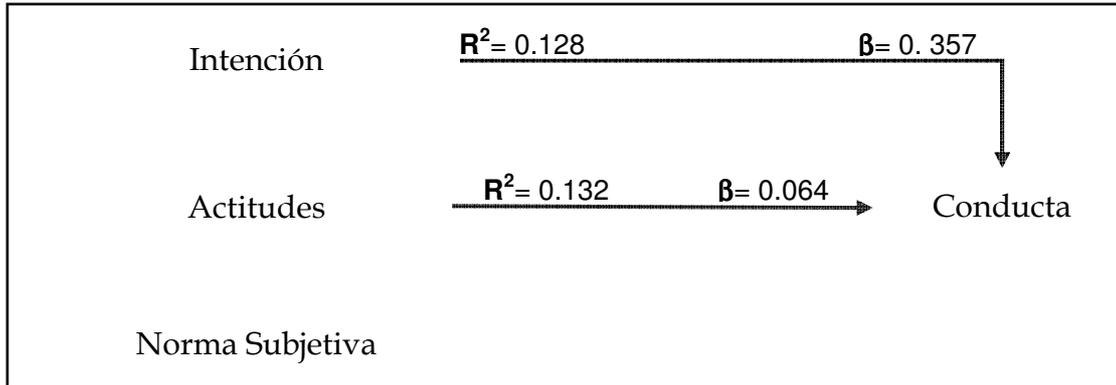


Tabla 9. Efectos de las creencias, intención, riesgo y motivación a complacer sobre la conducta

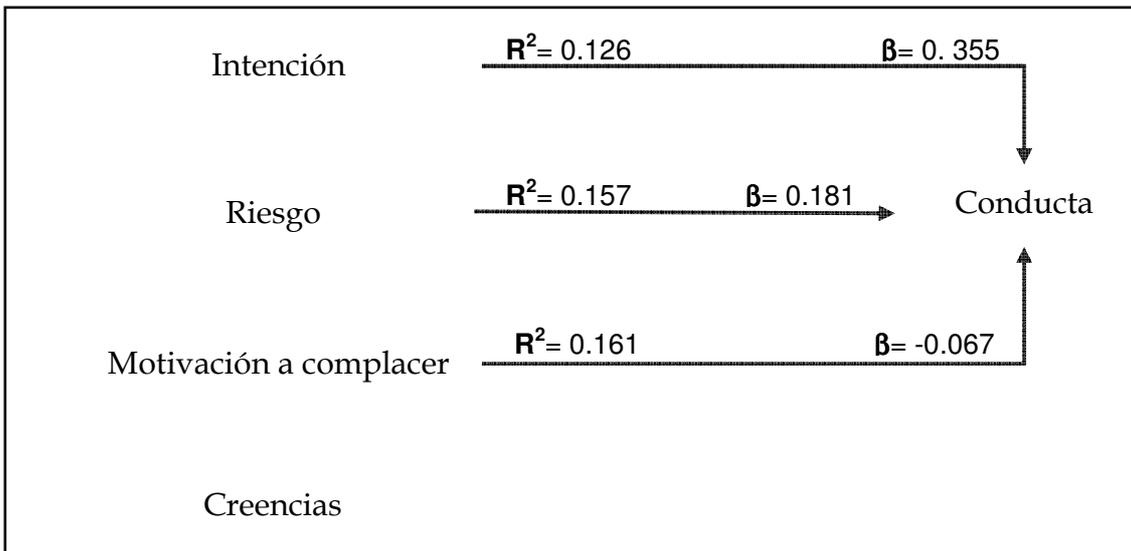


Tabla 10. Efectos de la intención, percepción de riesgo norma subjetiva y actitudes sobre la conducta

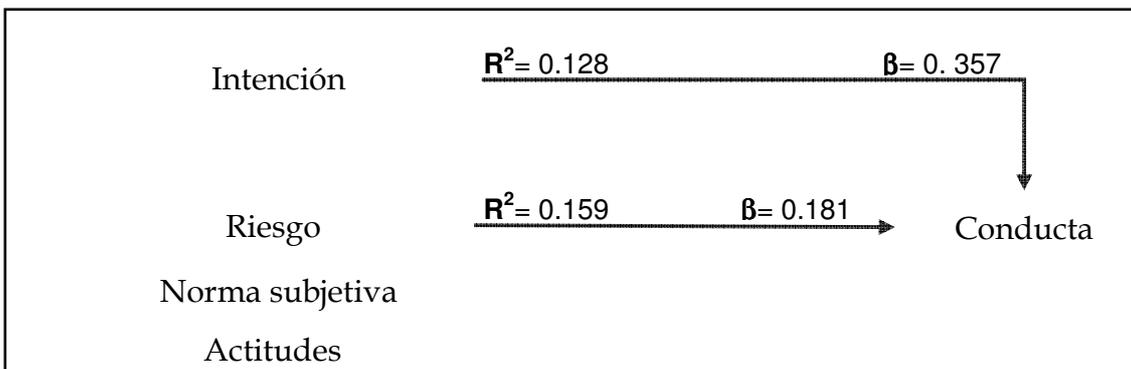


Tabla 11. Efectos de todo el modelo: las actitudes, creencias, norma subjetiva, intención, percepción de riesgo y motivación a complacer sobre la conducta

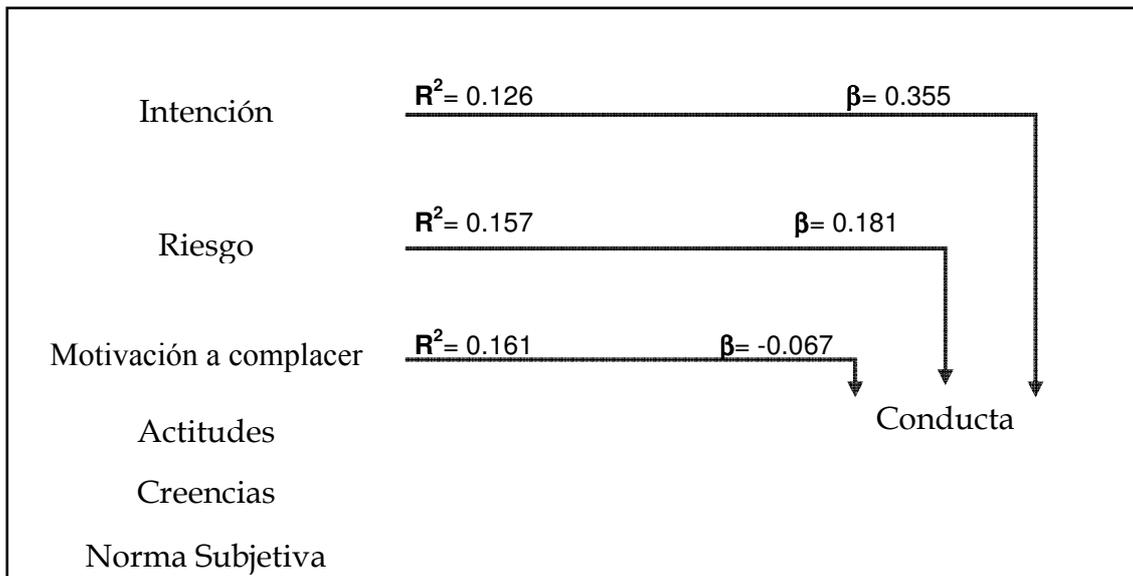


Tabla 12. Efectos de la intención de OTC, Rx y RC sobre la conducta

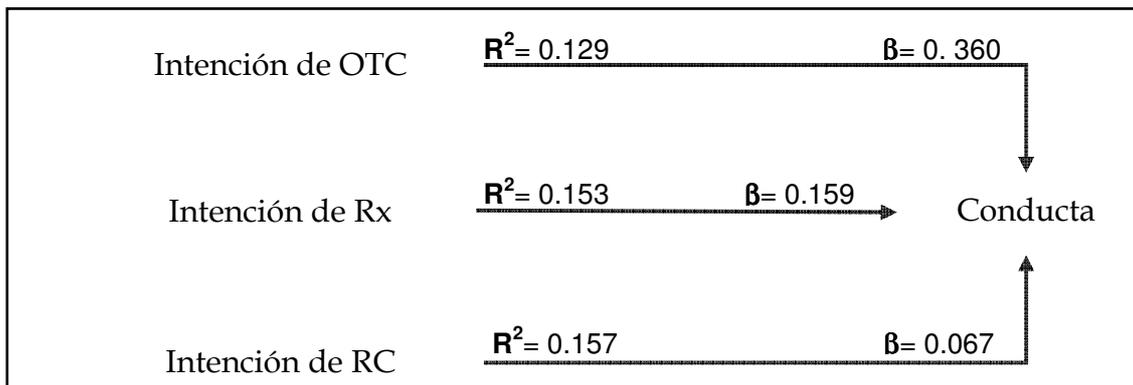


Tabla 13. Efectos del Riesgo de desempeño de OTC, Rx y RC sobre la conducta

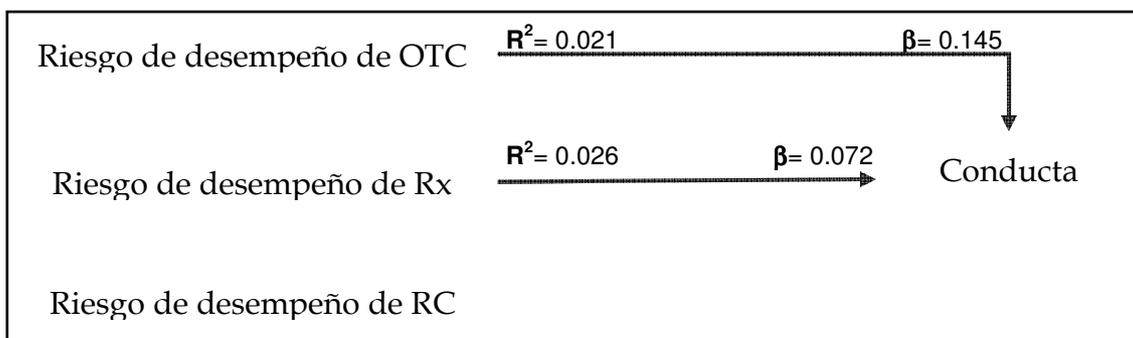


Tabla 14. Efectos del riesgo de tiempo de OTC, Rx y RC sobre la conducta

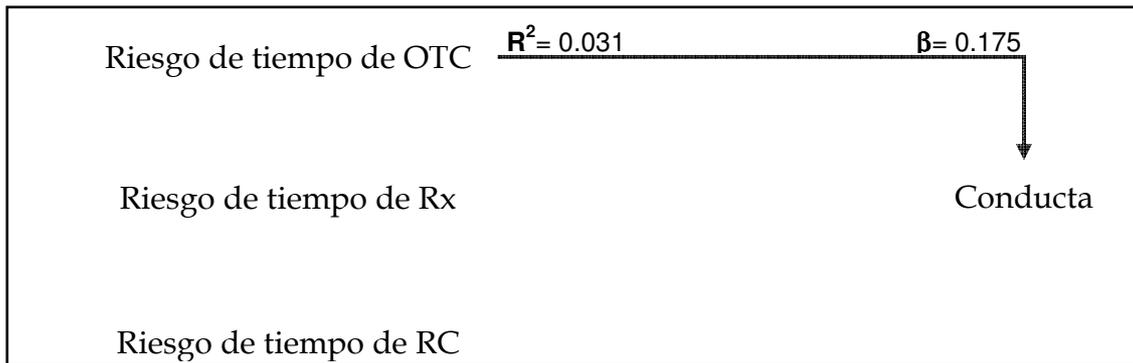


Tabla 15. Efectos del riesgo de reacciones secundarias de OTC, Rx y RC sobre la conducta

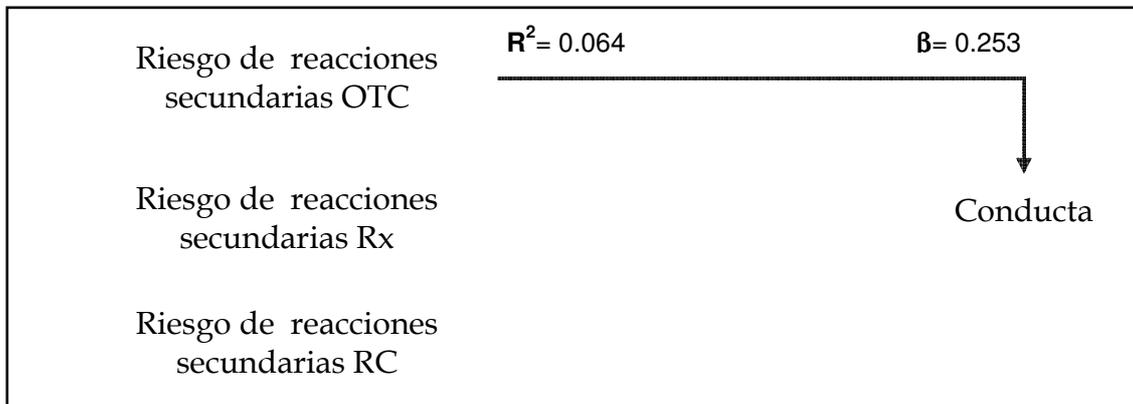


Tabla 16. Efectos del riesgo psicológico de OTC, Rx, y RC sobre la conducta.

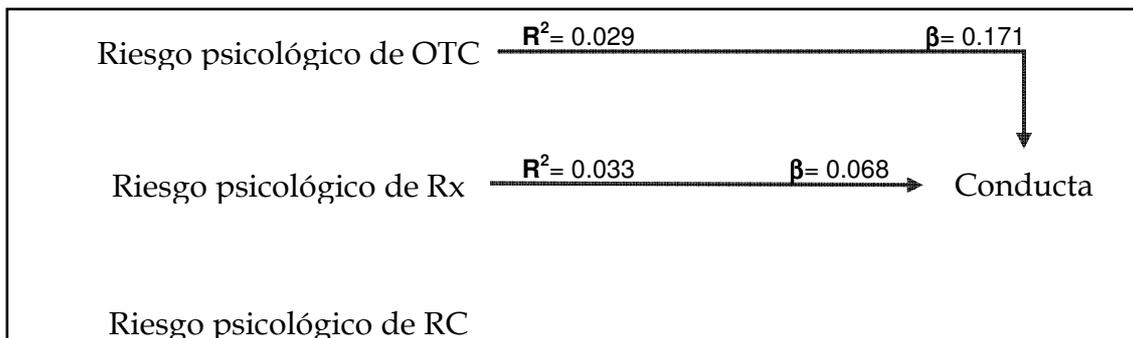
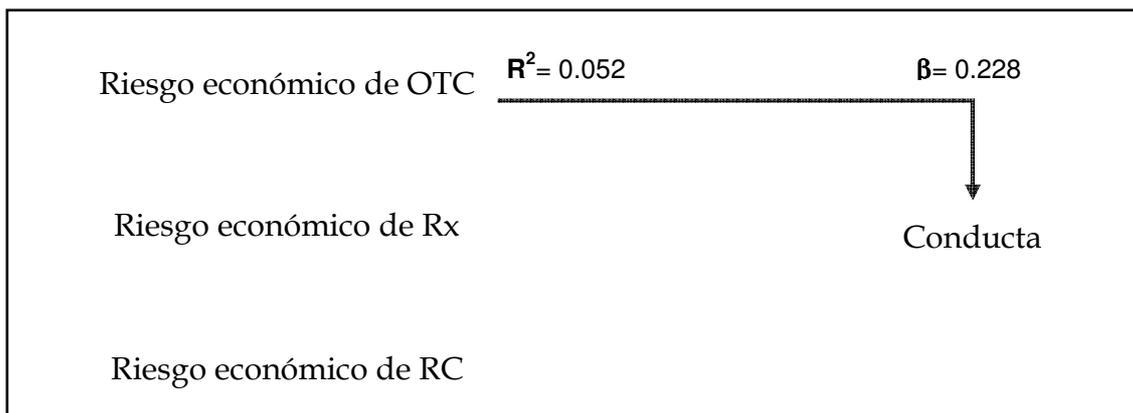


Tabla 17. Efectos del riesgo económico de OTC, Rx y RC sobre la conducta



Apéndice B

Cuestionario

Buenas días / tardes; Yo soy _____, somos una empresa que nos dedicamos a hacer estudios de opinión. Nos gustaría, por favor, nos diera unos minutos para que nos conteste algunas preguntas sobre lo que toma cuando tiene síntomas de gripe.

1.- ¿Usted ha tomado alguno de los siguientes cursos?

Primeros auxilios	No.....2	Sí.....1	Suspender
Prevención de enfermedades	No.....2	Sí.....1	Suspender

2. ¿Tiene hijos?

No.....2

Sí.....1 ¿Cuántos? _____

2.1 ¿Qué edades tienen sus hijos?

3. ¿Usted hasta qué año estudió?

Primaria incompleta.....1	Suspender
Primaria terminada.....2	
Secundaria incompleta.....3	
Secundaria terminada.....4	
Más de este grado académico.....5	

4. En los últimos seis meses ¿Ha tenido usted dos o más síntomas de gripe como dolor de cabeza, estornudo, dolor de garganta, ojos llorosos, fiebre, cuerpo cortado o escurrimiento nasal?

Sí.....1

No.....2 **Suspender**

5. Cuando usted tiene síntomas de gripe ¿Consume medicamentos que compra sin receta médica? (Mostrar tarjeta # 1)

- Siempre.....1
- La mayoría de las veces.....2
- Algunas veces3
- Casi nunca.....4
- Nunca.....5 **Suspender**

6.- Cuando usted compra medicamento sin receta médica para la gripe ¿Dónde los compra?

- Farmacia.....1
- Supermercado.....2
- Tienda.....3
- Otros.....4 **Suspender**
- Farmacia de similares...5 **Suspender**

7. Mencione las marcas de las medicinas que compra sin receta médica para los síntomas de la gripe.

Presentación_____Marca_____

Presentación_____Marca_____

Presentación_____Marca_____

(Gota, jarabe, pastilla, inyección, ungüento)

Nota: Si consume genérico y/o similares, **suspender**.

Le voy a hacer unas preguntas, por favor si tiene alguna duda, dígamelo. Si no le queda clara una pregunta, yo se la explico. Gracias.

8. Diría usted que toma medicamentos para la gripe que compra sin receta médica....

8.1 A los primeros síntomas

.....1

8.2 Cuando ya le empezó la gripe

.....2

8.3 Cuando lleva algún tiempo y la gripe no se le ha quitado

.....3

9. Cuando usted usa medicamentos para la gripe ¿Qué compra sin receta médica? Dígame por favor qué pasa:

9.1. ¿Termina el tratamiento indicado en el medicamento?

(Mostrar tarjeta # 1)

Siempre.....1

La mayoría de las veces.....2

Algunas veces.....3

Casi nunca.....4

Nunca.....5

9.2 ¿Deja de tomar el medicamento cuando ya se siente bien?

(Mostrar tarjeta # 1)

Siempre.....1

La mayoría de las veces.....2

Algunas veces3

Casi nunca.....4

Nunca.....5

10. ¿Cuál de las siguientes indicaciones que aparecen en el medicamento usted sigue?

10.1 Dosis (ejemplo: tomar dos pastillas) (Mostrar tarjeta # 1)

Siempre.....1

La mayoría de las veces.....2

Algunas veces3

Casi nunca.....4

Nunca.....5

**10.2 Dosis y tiempo (ejemplo, tomar dos pastillas cada seis horas)
(Mostrar tarjeta # 1)**

- Siempre.....1
- La mayoría de las veces.....2
- Algunas veces.....3
- Casi nunca.....4
- Nunca.....5

**10.3 Tratamiento (ejemplo: tomar dos pastillas cada seis horas,
durante cinco días) (Mostrar tarjeta # 1)**

- Siempre.....1
- La mayoría de las veces.....2
- Algunas veces.....3
- Casi nunca.....4
- Nunca.....5

11. Vamos a hablar de ciertas creencias, por favor contéste me sí o no a cada una de las preguntas que le voy a hacer.

Vamos a hablar de medicamentos que toma para la gripe que compra sin receta médica.

11.1 Usted cree que usar medicamentos para la gripe que se compran sin receta médica alivian mejor.

Sí ___
No ___

11.2 ¿Usted cree que es mejor no tomar nada para la gripe y dejarla fluir?

Sí ___
No ___

11.3 ¿Usted cree que tomar medicamentos para la gripe que se compran sin receta médica la hacen sentir mareada?

Sí

No

11.4 ¿Usted cree que tomar medicamentos para la gripe que se compran sin receta médica dañan su estómago?

Sí

No

11.5 ¿Usted cree que los medicamentos para la gripe que se compran sin receta médica le provocan sueño?

Sí

No

11.6 ¿Usted cree que los medicamentos para la gripe que se compran sin receta médica son más caros?

Sí

No

11.7 ¿Usted cree que los medicamentos para la gripe que se compran sin receta médica alivian más rápido?

Sí

No

12.- Ahora vamos a hablar de los medicamentos que toma para la gripe que compra con receta médica.

12.1 ¿Usted cree que usar medicamentos para la gripe que se compran con receta médica alivian mejor?

Sí

No

12.2 ¿Usted cree que tomar medicamentos para la gripe que se compran con receta médica le hacen sentir mareada?

Sí

No

12.3 ¿Usted cree que tomar medicamentos para la gripe que se compran con receta médica dañan su estómago?

Sí

No

12.4 ¿Usted cree que los medicamentos para la gripe que se compran con receta médica le provocan sueño?

Sí

No

12.5 ¿Usted cree que los medicamentos para la gripe que se compran con receta médica son más caros?

Sí

No

12.6 ¿Usted cree que los medicamentos para la gripe que se compran con receta médica alivian más rápido?

Sí

No

13.- Ahora vamos a hablar de los remedios caseros que toma para la gripe.

13.1 ¿Usted cree que tomar remedios caseros para la gripe alivian mejor?

Sí _____

No _____

13.2 ¿Usted cree que tomar remedios caseros para la gripe la hacen sentir mareada?

Sí _____

No _____

13.3 ¿Usted cree que tomar remedios caseros para la gripe dañan su estómago?

Sí _____

No _____

13.4 ¿Usted cree que tomar remedios caseros para la gripe le provocan sueño?

Sí _____

No _____

13.5 ¿Usted cree que los remedios caseros para la gripe son más caros?

Sí _____

No _____

13.6 ¿Usted cree que los remedios caseros para la gripe alivian más rápido?

Sí ___

No ___

14. ¿Qué opina de lo siguiente?

Usar medicamentos que se compran sin receta médica para la gripe es... (Mostrar tarjeta # 4)

14.1	Seguro	1	2	3	4	5	Inseguro
14.2	Tranquilizante	1	2	3	4	5	Intranquilizante
14.3	Económico	1	2	3	4	5	Caro
14.4	Rápido	1	2	3	4	5	Lento
14.5	Bueno	1	2	3	4	5	Malo
14.6	Inteligente	1	2	3	4	5	Tonto
14.7	Benéfico	1	2	3	4	5	Dañino
14.8	Común	1	2	3	4	5	No común
14.9	Agradable	1	2	3	4	5	Molesto
14.10	Práctico	1	2	3	4	5	Impráctico
14.11	Moderno	1	2	3	4	5	Anticuado
14.12	Oportuno	1	2	3	4	5	Inoportuno
14.13	Preventivo	1	2	3	4	5	No preventivo
14.14	Peligroso	1	2	3	4	5	No peligroso
14.15	Útil	1	2	3	4	5	Inútil

15. ¿Qué opina de lo siguiente...?

Usar medicamentos que se compran con receta médica para la gripe es... (Mostrar tarjeta # 4)

15.1	Seguro	1	2	3	4	5	Inseguro
15.2	Tranquilizante	1	2	3	4	5	Intranquilizante
15.3	Económico	1	2	3	4	5	Caro
15.4	Rápido	1	2	3	4	5	Lento
15.5	Bueno	1	2	3	4	5	Malo
15.6	Inteligente	1	2	3	4	5	Tonto
15.7	Benéfico	1	2	3	4	5	Dañino
15.8	Común	1	2	3	4	5	No común
15.9	Agradable	1	2	3	4	5	Molesto
15.10	Práctico	1	2	3	4	5	Impráctico
15.11	Moderno	1	2	3	4	5	Anticuado
15.12	Oportuno	1	2	3	4	5	Inoportuno
15.13	Preventivo	1	2	3	4	5	No
	preventivo						
15.14	Peligroso	1	2	3	4	5	No peligroso
15.15	Útil	1	2	3	4	5	Inútil

16. ¿Qué opina de lo siguiente?

Usar remedios caseros para la gripe es... (Mostrar tarjeta # 4)

16.1	Seguro	1	2	3	4	5	Inseguro
16.2	Tranquilizante	1	2	3	4	5	Intranquilizante
16.3	Económico	1	2	3	4	5	Caro
16.4	Rápido	1	2	3	4	5	Lento
16.5	Bueno	1	2	3	4	5	Malo
16.6	Inteligente	1	2	3	4	5	Tonto
16.7	Benéfico	1	2	3	4	5	Dañino
16.8	Común	1	2	3	4	5	No común
16.9	Agradable	1	2	3	4	5	Molesto
16.10	Práctico	1	2	3	4	5	Impráctico
16.11	Moderno	1	2	3	4	5	Anticuado
16.12	Oportuno	1	2	3	4	5	Inoportuno
16.13	Preventivo	1	2	3	4	5	No preventivo
16.14	Peligroso	1	2	3	4	5	No peligroso
16.15	Útil	1	2	3	4	5	Inútil

17. Las siguientes preguntas se refieren a qué tanto le importa lo que digan personas que son importantes para usted, acerca de lo que toma para la gripe.

Vamos a hablar de los medicamentos que toma para la gripe que compra sin receta médica.

De acuerdo a la siguiente escala usted diría que...
(Mostrar tarjeta #5)

17.1 La mayoría de la gente importante para usted dice que...

Debería usar medicamentos para la gripe que compra sin receta médica

1 2 3 4 5

No debería usar medicamentos para la gripe que compra sin receta médica
--

17.2 Su esposo dice que usted...

Debería usar medicamentos para la gripe que compra sin receta médica

1 2 3 4 5

No debería usar medicamentos para la gripe que compra sin receta médica

17.3 Su suegra dice que usted...

Debería usar medicamentos para la gripe que compra sin receta médica

1 2 3 4 5

No debería usar medicamentos para la gripe que compra sin receta médica

17.4 Su madre dice que usted...

Debería usar medicamentos para la gripe que compra sin receta médica

1 2 3 4 5

No debería usar medicamentos para la gripe que compra sin receta médica

17.5 Su mejor amiga dice que usted...

Debería usar medicamentos para la gripe que compra sin receta médica

1 2 3 4 5

No debería usar medicamentos para la gripe que compra sin receta médica

17.6 Su hermana (o) dice que usted...

Debería usar medicamentos para la gripe que compra sin receta médica

1 2 3 4 5

No debería usar medicamentos para la gripe que compra sin receta médica

18. Ahora vamos a hablar de los medicamentos que toma para que compra con receta médica

18.1 La mayoría de la gente importante para usted dice que...

Debería usar medicamentos para la gripe que compra con receta médica

1 2 3 4 5

No debería usar medicamentos para la gripe que compra con receta médica

18.2 Su esposo

dice que usted....

Debería usar medicamentos para la gripe que compra con receta médica

1 2 3 4 5

No debería usar medicamentos para la gripe que compra con receta médica

18.3 Su suegra dice que usted...

Debería usar medicamentos para la gripe que compra con receta médica

1 2 3 4 5

No debería usar medicamentos para la gripe que compra con receta médica

18.4 Su madre dice que usted...

Debería usar medicamentos para la gripe que compra con receta médica

1 2 3 4 5

No debería usar medicamentos para la gripe que compra con receta médica

18.5 Su mejor amiga dice que usted...

Debería usar medicamentos para la gripe que compra con receta médica

1 2 3 4 5

No debería usar medicamentos para la gripe que compra con receta médica

18.6 Su hermana (o) dice que usted...

Debería usar medicamentos para la gripe que compra con receta médica

1 2 3 4 5

No debería usar medicamentos para la gripe que compra con receta médica

19. Ahora vamos a hablar de los remedios caseros que toma para la gripe.

19.1 La mayoría de la gente importante para usted dice que...

Debería usar remedios caseros para la gripe

1 2 3 4 5

No debería usar remedios caseros para la gripe

19.2 Su esposo dice que usted....

Debería usar remedios caseros para la gripe

1 2 3 4 5

No debería usar remedios caseros para la gripe

19.3 Su suegra dice que usted...

Debería usar remedios caseros para la gripe

1 2 3 4 5

No debería usar remedios caseros para la gripe

19.4 Su madre dice que usted...

Debería usar remedios caseros para la gripe

1 2 3 4 5

No debería usar remedios caseros para la gripe

19.5 Su mejor amiga dice que usted...

Debería usar remedios
caseros para la gripe

1 2 3 4 5

No debería usar remedios
caseros para la gripe

19.6 Su hermana (o) dice que usted...

Debería usar remedios
caseros para la gripe

1 2 3 4 5

No debería usar remedios
caseros para la gripe

20. Hablando en general, con qué frecuencia hace las cosas que según la gente que es importante para usted, usted debería hacer.

20.1 ¿Con qué frecuencia hace lo que la gente importante para usted piensa que debería hacer?

Siempre.....1
La mayoría de las veces.....2
Algunas veces.....3
Casi nunca.....4
Nunca.....5

20.2 ¿Con qué frecuencia hace lo que su esposo piensa que debería hacer?

Siempre.....1
La mayoría de las veces.....2
Algunas veces3
Casi nunca.....4
Nunca.....5

20.3 ¿Con qué frecuencia hace lo que su suegra piensa que debería hacer?

- Siempre.....1
- La mayoría de las veces.....2
- Algunas veces.....3
- Casi nunca.....4
- Nunca.....5

20.4 ¿Con qué frecuencia hace lo que su madre piensa que debería hacer?

- Siempre.....1
- La mayoría de las veces.....2
- Algunas veces.....3
- Casi nunca.....4
- Nunca.....5

20.5 ¿Con qué frecuencia lo que su mejor amiga piensa que debería hacer?

- Siempre.....1
- La mayoría de las veces.....2
- Algunas veces.....3
- Casi nunca.....4
- Nunca.....5

20.6 ¿Con qué frecuencia hace lo que su hermana (o) piensa que debería hacer?

- Siempre.....1
- La mayoría de las veces.....2
- Algunas veces.....3
- Casi nunca.....4
- Nunca.....5

Las siguientes preguntas se refieren a algunos riesgos que corremos cuando tomamos algo para la gripe. Le voy a preguntar sobre tres diferentes situaciones: medicamentos para la gripe que se compran sin receta médica, medicamentos para la gripe que se compran con receta médica y cuando toma remedios caseros para la gripe.

21. Las siguientes preguntas se refieren a cómo espera que funcione lo que usted toma para la gripe.

21.1 ¿Con qué frecuencia piensa que corre el riesgo de que los medicamentos que toma para la gripe que compra sin receta médica vayan a funcionar diferente a cómo usted espera?

- Siempre.....1
- La mayoría de las veces.....2
- Algunas veces3
- Casi nunca.....4
- Nunca.....5

21.2 ¿Con qué frecuencia piensa que corre el riesgo de que los medicamentos que toma para la gripe y que compra con receta médica vayan a funcionar diferente a cómo usted espera?

- Siempre.....1
- La mayoría de las veces.....2
- Algunas veces3
- Casi nunca.....4
- Nunca.....5

21.3 ¿Con qué frecuencia piensa que corre el riesgo de que los remedios caseros que toma para la gripe vayan a funcionar diferente a cómo usted espera?

- Siempre.....1
- La mayoría de las veces.....2
- Algunas veces3
- Casi nunca.....4
- Nunca.....5

22. Las siguientes preguntas se refieren al tiempo en que usted espera que haga efecto lo que toma para la gripe.

22.1. ¿Con qué frecuencia piensa que corre el riesgo de tardarse en aliviar cuando toma medicamentos para la gripe que compra sin receta médica?

- Siempre.....1
- La mayoría de las veces.....2
- Algunas veces.....3
- Casi nunca.....4
- Nunca.....5

22.2. ¿Con qué frecuencia piensa que corre el riesgo de tardarse en aliviar cuando toma medicamentos para la gripe que compra con receta médica?

- Siempre.....1
- La mayoría de las veces.....2
- Algunas veces.....3
- Casi nunca.....4
- Nunca.....5

22.3. ¿Con qué frecuencia piensa que corre el riesgo de tardarse en aliviar cuando toma remedios caseros para la gripe?

- Siempre.....1
- La mayoría de las veces.....2
- Algunas veces3
- Casi nunca.....4
- Nunca.....5

23. Las siguientes preguntas se refieren a la reacción secundaria que pudiera tener cuando toma algo para la gripe.

23.1 ¿Con qué frecuencia piensa que corre el riesgo de que los medicamentos que toma para la gripe que compra sin receta médica le causen reacciones secundarias?

- Siempre.....1
- La mayoría de las veces.....2
- Algunas veces3
- Casi nunca.....4
- Nunca.....5

23.2 ¿Con qué frecuencia piensa que corre el riesgo de que los medicamentos que toma para la gripe que compra con receta médica le causen reacciones secundarias?

- Siempre.....1
- La mayoría de las veces.....2
- Algunas veces3
- Casi nunca.....4
- Nunca.....5

23.3 ¿Con qué frecuencia piensa que corre el riesgo de que los remedios caseros que toma para la gripe le causen reacciones secundarias?

- Siempre.....1
- La mayoría de las veces.....2
- Algunas veces3
- Casi nunca.....4
- Nunca.....5

24. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se siente de ánimo cuando toma algo para la gripe.

24.1 ¿Con qué frecuencia piensa que corre el riesgo de sentirse tranquila e insegura por tomar medicamentos para la gripe que compra sin receta médica?

- Siempre.....1
- La mayoría de las veces.....2
- Algunas veces.....3
- Casi nunca.....4
- Nunca.....5

24.2 ¿Con qué frecuencia piensa que corre el riesgo de sentirse intranquila e insegura por tomar medicamentos para la gripe que compra con receta médica?

- Siempre.....1
- La mayoría de las veces.....2
- Algunas veces.....3
- Casi nunca.....4
- Nunca.....5

24.3 ¿Con qué frecuencia piensa que corre el riesgo de sentirse intranquila e insegura por tomar remedios caseros para la gripe?

- Siempre.....1
- La mayoría de las veces.....2
- Algunas veces3
- Casi nunca.....4
- Nunca.....5

25. Las siguientes preguntas se refieren a la mejor manera de utilizar su dinero cuando compra algo para la gripe.

25.1 ¿Con qué frecuencia piensa que corre el riesgo de gastar mal su dinero cuanto toma medicamentos para la gripe que compra sin receta médica?

- Siempre.....1
- La mayoría de las veces.....2
- Algunas veces3
- Casi nunca.....4
- Nunca.....5

25.2 ¿Con qué frecuencia piensa que corre el riesgo de gastar mal su dinero cuanto toma medicamentos para la gripe que compra con receta médica?

- Siempre.....1
- La mayoría de las veces.....2
- Algunas veces.....3
- Casi nunca.....4
- Nunca.....5

25.3 ¿Con qué frecuencia piensa que corre el riesgo de gastar mal su dinero cuanto toma remedios caseros para la gripe?

- Siempre.....1
- La mayoría de las veces.....2
- Algunas veces.....3
- Casi nunca.....4
- Nunca.....5

Ahora vamos a hablar sobre lo que haría usted en el futuro ante síntomas de gripe.

En una escala del 1 al 5, donde 1 es muy probable y 5 nada probable, diga por favor (Mostrar tarjeta # 2)

26. ¿Qué tan probable es que en el futuro, cuando tenga síntomas de gripe, tome medicamentos que compra sin receta médica?

Muy probable 1 2 3 4 5 Nada probable

27. ¿Qué tan probable es que en el futuro, cuando tenga gripe, tome medicamentos que compra con receta médica?

Muy probable 1 2 3 4 5 Nada probable

28. ¿Qué tan probable es que en el futuro, cuando tenga síntomas de gripe, tome remedios caseros?

Muy probable 1 2 3 4 5 Nada probable

Conducta

29. ¿Cuándo usted tiene síntomas de gripe usa medicamentos que compra sin receta médica?

- Siempre.....1
- La mayoría de las veces.....2
- Algunas veces.....3
- Casi nunca.....4
- Nunca.....5

Apéndice C

Efectos colaterales

Analgésicos

Los medicamentos en esta categoría incluyen: acetaminafén, aspirina, no esteroides, antiinflamatorios, NEAIDS, ibuprofén, naproxén y ketoprofén. Estos analgésicos internos se usan para remediar el dolor; algunos de ellos se utilizan para bajar la temperatura. La aspirina y los NEAIDS se emplean como desinflamatorios. El apropiado uso del acetaminafén raramente produce intoxicación o efectos secundarios. Algunos problemas hepáticos y renales se pueden producir sobre todo en niños. Ciertos estudios han concluido que la utilización diaria y por periodos largos, puede generar e incrementar los riesgos de problemas renales en las personas que tomaron analgésicos.

Los problemas más comunes en la utilización de aspirina y NEAIDS son los gastrointestinales, incluyendo náusea y dolor e ingestión. El uso continuo puede causar daños en la mucosa intestinal y generar hemorragias.

Gripe, tos y analgésicos

Los principales agentes farmacológicos en el tratamiento de los síntomas de la gripe, tos y alergias son los antihistamínicos, descongestionantes que inhiben los efectos de la liberación de histamina provocada por una reacción antigénica de anticuerpos.

Los descongestionantes, alfa-adrenérgicos, disminuyen la congestión nasal revertiendo los efectos de la histamina o inflamación viral, por vaso-constricción en las membranas nasales.

Los expectorantes disminuyen la viscosidad de la mucosidad y facilitan la expectoración de secreciones.

Los antitusivos se usan cuando hay necesidad de suprimir o reducir la frecuencia de tos.

Antihistamínicos

Las principales reacciones a los antihistamínicos son boca seca, visión borrosa y constipación. En casos aislados se presentan con problemas en la piel, delirios, alucinaciones y conductas extremas.

Descongestionantes

Los descongestionantes funcionan constriñendo los vasos sanguíneos dilatados de la mucosa nasal. Existen dos tipos de descongestionantes nasales: los típicos, en presentación de gotas y en spray, y en presentación oral, es decir tomada. Esta presentación funciona distribuyéndose en el sistema circulatorio y actúa en la mucosa nasal. Cuando se abusa en el uso se puede provocar taquicardia, dificultad al respirar. En casos aislados, en periodos largos de uso pueden presentarse alucinaciones, principalmente con la fenilafrina. La reacción más común con estos medicamentos es la elevación de la presión sanguínea. Es importante su vigilancia en pacientes hipertensos.

Expectorantes

La Food and Drug Administration (FDA) clasifica la graifenesin como el único expectorante seguro y efectivo. Las reacciones que se pueden presentar con este tipo de medicamentos son vómito, náusea y problemas gástricos.

Antitusivos

El principal ingrediente usado en los antitusivos es desfrometorpan; se pueden presentar reacciones como problemas gastrointestinales.

Antiácidos

Los antiácidos se recomiendan para indigestión estomacal, condiciones de hiperacidez (eructos, indigestión ácida, úlcera péptica y gastritis). Las reacciones secundarias más frecuentes son diarrea y constipación.