

## Entrenamiento para el ajuste a la prescripción médica en pacientes gástricos

Leornado Hernández-Pioquinto, Cristian Leonardo y Lizeth Rodríguez-Arriaga

*Universidad Nacional Autónoma de México- Facultad de Estudios Superiores Iztacala*

### Resumen

La automedicación y la gastritis son consideradas problemas de salud pública debido a las repercusiones en el estado de salud de la población. Identificar su dimensión psicológica es posible mediante la implementación del modelo psicológico de la salud biológica de Ribes (1990), que permite analizar los factores involucrados para intervenir mediante estrategias de prevención diferentes a las tradicionales (enfocadas en la distribución masiva de información). Dado lo anterior, el presente estudio tiene por objetivo evaluar el efecto de dos condiciones de entrenamiento: una en la que se entrena la historia de referencialidad respecto al consumo de medicamentos y otra en que se entrenan habilidades para el adecuado consumo de los mismos, sobre el desempeño de conductas de adhesión terapéutica en estudiantes universitarios con gastritis. Se diseñó un estudio pretest-postest en el que participaron 15 universitarios, los cuales fueron asignados aleatoriamente a las dos condiciones de entrenamiento y un grupo control. Los resultados muestran una mayor efectividad en el desempeño de conductas de adhesión terapéutica en los participantes expuestos a la segunda condición, lo que sugiere que emplear el modelamiento y moldeamiento en situaciones que emulan condiciones reales es más efectivo para desarrollar competencias instrumentales.

**Palabras clave:** automedicación, gastritis, universitarios, historia de referencialidad, habilidades.

La automedicación se define como consumir medicamentos sin prescripción médica o bien, consumirlos a partir de la adquisición mediante prescripciones antiguas; conseguirlos en los círculos sociales cercanos, utilizar los remanentes almacenados en la casa, prolongar o interrumpir su consumo, incrementar o decrementar la dosis originalmente prescrita, así como también el uso de

remedios caseros (tés, hierbas, etc.) (Loyola Filho, Lima-Costa & Uchôa, 2004). Esta práctica es considerada como un problema de salud pública a nivel global debido a que, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), más del 50 % de los medicamentos son suministrados por el personal del área de salud de forma inapropiada, aunado a que la mitad de los

pacientes no consume sus medicamentos de forma adecuada, esto genera diversas reacciones adversas para la salud de los pacientes, tales como el aumento de la resistencia bacteriana, encubrimiento y complicaciones de una enfermedad y disminución en la eficacia costos en salud (Farjado-Zapata, 2013; Llanos, 2001).

Autores como Del Toro, Díaz, Barrios, y Castillo (2017) señalan que actualmente la automedicación se ha convertido en una práctica de riesgo habitual en la mayoría de los hogares latinoamericanos. Loyola Filho et al. (2004, citados en Díaz-Caycedo, Payán-Madriñán; Pérez-Acosta, 2014) identifican como las principales causas de este comportamiento a los factores económicos, políticos y culturales, por ejemplo, en un país en el que no se cuenta con una eficiente educación en salud, su población no considerará los posibles riesgos que representa la utilización desmedida de los fármacos, no contará con un control sanitario adecuado y es posible que no exista una formación profesional adecuada para quienes desempeñen un trabajo como farmacéutico (Gómez, Galar, Téllez, Carmona & Amaya, 2009).

Particularmente en México, se identifica como uno de los factores

principales de la automedicación a la excesiva propaganda de medicamentos de venta sin receta en los diferentes medios de comunicación, así como también la falta de acceso a fuentes de información que cuentan con el respaldo de organizaciones o especialistas en el área de la salud, las cuales permitan desarrollar una cultura del uso de los medicamentos. En conjunto, estos factores han provocado cambios en los patrones generales de las enfermedades (Gómez et al., 2009), por ejemplo, el desarrollo de la resistencia bacteriana, entendida como “el mecanismo mediante el cual la bacteria puede disminuir la acción de los agentes antimicrobianos” (Riverón, López, Ponce & Machado, 2003, p. 45). En consecuencia, los tratamientos habituales para controlar y eliminar una enfermedad se vuelven ineficaces dificultando el trabajo de los servicios médicos y ocasionando un riesgo no sólo a nivel individual sino poblacional (OMS, 2017).

De acuerdo con los resultados de una encuesta realizada por la OMS (2015), 7,000 de 10.000 mexicanos encuestados reportaron que la resistencia a los antibióticos es un problema que podría afectarlos a ellos y a sus familias. Sin embargo, la encuesta reveló algunas creencias que contravienen lo expuesto con anterioridad ya que de la población total: 1) 64% piensan que los antibióticos pueden

usarse para tratar los resfriados y la gripe, pese a que ésta puede deberse a agentes virales y no bacterianos, 2) 32% creen que deben dejar de tomar los antibióticos cuando se sienten mejor, en lugar de terminar el tratamiento recetado, 3) 66% creen que las personas no están en riesgo de contraer una infección farmacorresistente si ellos personalmente toman sus antibióticos como se los ha recetado el médico anteriormente, 4) 76% piensan que la resistencia a los antibióticos ocurre cuando el cuerpo se vuelve resistente a ellos, cuando realmente lo que sucede es que las bacterias son las que se vuelven resistentes; por último, 5) el 44% de encuestados piensa que la resistencia a los antibióticos es un problema solamente para quienes toman antibióticos con regularidad, cuando la realidad es que cualquier persona puede contraer una infección resistente a los antibióticos (OMS, 2015).

De acuerdo con el Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CEVECE, 2017) los padecimientos para los que los individuos se suelen automedicar en mayor medida son las gripes y resfriados, dolores musculares y problemas digestivos. Respecto a estos últimos, en México, las úlceras, la gastritis, el cáncer colorrectal y

el cáncer gástrico, representa la tercera causa de muerte en personas mayores de 20 años (Zurita et al., 2017).

Dentro de este grupo de enfermedades, la más común es la gastritis, que, de acuerdo a su intensidad, distribución, manifestaciones clínicas e histológicas, mecanismo de producción y persistencia del agente causal, se puede clasificar como aguda o crónica. La gastritis, en general, es un padecimiento de etiología multifactorial (Fernández, 2014). Una de las causas más comunes de la gastritis es la bacteria *Helicobacter pylori* (PH), este agente infeccioso es el que provoca más del 80% de los casos. Sin embargo, existen otros factores que tienen un papel crítico en el desarrollo de la gastritis, como el consumo excesivo de alcohol, el tabaquismo, alimentos con grandes cantidades de picante, radiaciones y el consumo desmedido de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) como el ácido acetilsalicílico (aspirina), el ibuprofeno o el naproxeno (Zambrano, Flórez, Lozano & Rubio, 2014).

De acuerdo con Herrera (2012), una población vulnerable respecto a enfermedades de este tipo son los estudiantes universitarios debido a un ritmo de vida comúnmente estresante, en donde las presiones de quienes trabajan, el

estudio, los conflictos existenciales, los malos hábitos alimenticios y las adicciones a sustancias (como el alcohol, tabaco y las drogas) con los que están en constante interacción provocan la posibilidad de padecer este tipo de enfermedades y por tanto, de automedicarse.

De acuerdo con los párrafos anteriores, tanto la gastritis como la automedicación son consideradas problemas de salud pública, de las cuales se requieren identificar los factores psicológicos que están implicados a fin de realizar una intervención efectiva. Si bien, es cierto que estos problemas ya han sido abordados por las disciplinas biomédicas, cuyas estrategias atienden a las medidas fisiológicas que indican los riesgos de padecer en el futuro inmediato alguna enfermedad (Piña, 2011), se requiere de las consideraciones comportamentales pertenecientes a la dimensión psicológica, las cuales son participes al momento de desarrollar una enfermedad, y por tanto, deben ser tomadas en consideración al momento de realizar estrategias de intervención (Piña, 2011).

Sin embargo, de acuerdo con Piña (2011) los estudios psicológicos en el ámbito de la salud en su mayoría sólo se enfocan en interpretar los motivos y las

creencias entorno a la automedicación, explicándola desde perspectivas dualistas, las cuales adolecen de inconsistencias teóricas y metodológicas (Ryle, 1949; Kantor & Smith, 1975). Algunos ejemplos derivados de estas teorías son los modelos de acción racionada de Martín Fishbein e Icek Ajzen, el de autoeficacia de Bandura y de información-motivación-habilidades conductuales de Fisher y Fisher, que intentan explicar por qué las personas se comportan como lo hacen mediante el uso de conceptos tales como: conocimientos, percepción de riesgo, actitudes, creencias, intención, autoeficacia, entre otras (Piña, 2007).

El uso de estos términos, que corresponden al lenguaje ordinario, se convierten en un problema debido a que solo tienen sentido a la luz de los contextos en los que ocurren (Ribes, 2001; Ribes, 2010; Morales, Chávez, Rodríguez, Peña & Carpio, 2016). Adicionalmente, estos términos, en tanto se emplean como lenguaje técnico, hacen referencia la existencia de un mundo interno y subjetivo que no puede ser observado directamente (Ribes, 2010), y que por siguiente no puede ser afirmado empíricamente.

Debido a las complicaciones que devienen del uso de los enfoques dualistas resulta necesario contar con un modelo teórico que sustente y analice

Debido a las complicaciones que devienen del uso de los enfoques dualistas resulta necesario contar con un modelo teórico que sustente y analice la dimensión psicológica a partir de la identificación precisa y específica de su objeto de estudio, para así poderla diferenciar con claridad de otras disciplinas, y que cuente con un marco conceptual que oriente la práctica psicológica en diferentes ámbitos, como el de la salud (Bueno, 2014).

La psicología interconductual es una alternativa teórica que puede responder a esta necesidad, la cual se clasifica como una teoría naturalista de la psicología, que considera a los eventos psicológicos como campos organizados y definidos en los que interactúan organismos y objetos-estímulo, cuya interacción está basada en contactos previos, bajo condiciones específicas y vigentes en el momento (Kantor & Smith, 1975).

De acuerdo con Rodríguez (2003) y Piña (2007), el modelo de la salud biológica de Ribes (1990), el cual está fundamentado en la teoría interconductual, es congruente y coherente como aproximación científica de los fenómenos en y para la psicología, ya que tiene compromisos ontológicos y epistemológicos con respecto a lo

psicológico, y cuyas categorías de análisis son pertinentes para aproximarse a los fenómenos de la salud y la enfermedad.

De acuerdo con este modelo, la dimensión psicológica en el ámbito de la salud se ubica como una resultante funcional individualizada del estado conjunto de los factores biológicos del organismo y factores socioculturales que definen el modo de ajuste del individuo a situaciones cotidianas (Carpio, Pachecho, Flores & Canales, 2000; Piña & Rivera, 2006). Dentro de este modelo las conductas asociadas a la alteración biológica son denominadas conductas instrumentales, las cuales pueden ser tanto de riesgo como prevención. Las conductas instrumentales de riesgo hacen referencia a toda acción que directa o indirectamente incrementan la probabilidad de que se contraiga una enfermedad (Ribes, 1990), por ejemplo, la exposición a agentes tóxicos, las prácticas alimentarias inadecuadas, o automedicarse, entre otras, son conductas que suelen presentarse con efectos sobre la salud, como lo es gastritis.

Las conductas instrumentales preventivas, hacen referencia a aquellos comportamientos que directa o indirectamente, disminuyen la probabilidad de contraer una enfermedad, reducen condiciones patológicas o coadyuvan a la detención de su evolución e

incluso a su remisión. Algunos ejemplos son: las prácticas alimentarias saludables, la realización del ejercicio físico y la adhesión terapéutica. Esta última se definen como la diversidad de comportamientos que le permiten al usuario de los servicios de salud cumplir de modo eficiente con determinados criterios, en estricta correspondencia con las instrucciones provistas por el equipo de salud (Piña & Sanchez-Sosa, 2007). Un ejemplo es consumir medicamentos sin modificar las indicaciones prescritas por el médico, lo cual redundaría en evitar que el paciente se automedique y agrave su condición de enfermedad.

Tradicionalmente las conductas instrumentales de prevención han sido promovidas mediante campañas de salud, las cuales han sido consideradas como insuficientes, puesto que lo único que se realiza en estas campañas es la distribución de panfletos, trípticos o pláticas. Como señala Bayés (1992 citado en Robles et al., 2006) la información es una condición necesaria para obtener cambios en el comportamiento pero que, por sí misma, resulta insuficiente para conseguirlo (Ribes 1990).

Frente a ello, algunos autores como Robles et. al (2006), Valencia, Acuña, Irigoyen y Jiménez (2018) y Rodríguez, Barroso, Frías, Moreno y

Robles (2009) consideran que la mejor manera de desarrollar conductas de este tipo es a través del modelado y el diseño de situaciones que emulen las condiciones reales a las que las personas se ven expuestos en su vida diaria. Estos entrenamientos permiten obtener medidas de observación directa sobre las habilidades de un individuo, lo cual podría asegurar la correspondencia entre lo que dicen y lo que hacen, es decir que, quienes reportan tener habilidades preventivas las efectúen consistentemente.

Un ejemplo sobre este tipo de entrenamientos es el de Rodríguez et al. (2009), quienes evaluaron el efecto de un entrenamiento conductual en el uso correcto del condón en estudiantes universitarios. Para ello se diseñó un experimento de tres fases, en la primera fase se evaluó la habilidad de todos los participantes para colocar y retirar un condón mediante lista cotejable de 15 pasos recuperados de Robles y cols. (2006). Posteriormente, en la fase dos, los participante fueron distribuidos en dos grupos (experimental y control), en ambos grupos se mostró una presentación en PowerPoint sobre aspectos históricos, características y uso correcto del condón, posteriormente los participantes del grupo experimental recibieron un entrenamiento en el que primero se les modeló cómo

colocar y retirar correctamente el condón, subsecuentemente ejecutaron dicha tarea y recibieron consecuencias de acuerdo a su ejecución (correcta o incorrecta). El grupo control no recibió algún tipo de entrenamiento. Finalmente, en la fase tres ambos grupos fueron evaluados de acuerdo a la serie de paso de Robles y cols. (2006). Los resultados indicaron que más de la mitad de los sujetos del grupo experimental cometieron un solo error, mientras que en el grupo control más de la mitad cometió ocho errores, lo cual sugiere que la intervención fue efectiva.

Otro ejemplo de estos entrenamientos es el de Valencia et al. (2018), quienes evaluaron dos tipos de entrenamiento con el propósito de identificar y poner en práctica conductas instrumentales relacionadas con el cuidado de las mamas, para ello se diseñó un estudio pretest- postest en el que participaron 22 mujeres, las cuales fueron asignadas aleatoriamente a dos condiciones de entrenamiento: 1) entrenamiento con textos, videos, imágenes y un modelo de simulación que contenía ocho alteraciones que debían ser identificadas (grupo experimental) y 2) entrenamiento con textos, videos e imágenes (grupo control). El entrenamiento se dividió en tres

momentos, en el primero las participantes se colocaban el modelo de simulación y realizaban la autoexploración, al concluir se les preguntaba si habían podido palpar u observar alguna alteración en la mama. En el segundo momento, se entrenaba la autoexploración con el apoyo de textos, videos, imágenes y/o el modelo de simulación, según el grupo al que correspondieran. Por último, en el tercer momento, las participantes se colocaban nuevamente el modelo de simulación para realizar la autoexploración, de nueva cuenta, se les preguntaba si habían podido identificar alguna alteración en el modelo. De acuerdo con los resultados las participantes que fueron entrenadas con el modelo de simulación, lograron identificar un mayor número de alteraciones que el grupo al que solo se le presentaron textos, videos e imágenes.

Como estos ejemplos, en los entrenamientos basados en situaciones que emulan condiciones reales en las que ocurren ciertas conductas, los participantes realizan contactos directos con elementos presenciales que pueden ser vistos, tocados, oídos o manipulados. Estos contactos forman parte de la historia situacional, dicha interacción, como se describió en los ejemplos, asegura que los participantes entren en contacto con los elementos entrenados, con lo cual satisfacen los

critérios de ajuste esperados. Sin embargo la historia situacional no es el único factor disposicional histórico-interconductual (Medrano, 2009) que posibilita el ajuste de un individuo a criterios específicos, otro tipo de historia es la referencial, la cual, de acuerdo con Arroyo (2009, citada en Medrano, 2009) “implica contactos desligados de la situacionalidad propia del contacto directo” (p. 7), es decir, se corresponde con los contactos lingüísticos previos derivados de las interacciones en las que los individuos escuchan, leen, hablan o escriben sobre diversos referentes. De modo que la historia de referencialidad se delimita a “la colección de interacciones lingüísticas precedentes (sustitutivas referenciales y no referenciales)” (Arroyo et al., 2008, p. 57).

Un par de ejemplos de entrenamientos de historia referencial son el de Carranza (2018), quien evaluó los efectos dos historias referenciales valorativas (a favor y en contra de la transgresión), y de consecuencias diferenciales, sobre la conducta transgresora en estudiantes universitarios. En esta investigación, los participantes fueron distribuidos aleatoriamente en tres grupos: historia de valoración a favor de la transgresión, en contra y sin historia entrenada. Todos fueron expuestos a tres

situaciones experimentales: sondeo inicial, entrenamiento referencial y tarea experimental (rally virtual de problemas aritméticos). Los resultados indicaron que la historia de referencialidad valorativa a favor de la transgresión promueve en mayor medida que se transgreda una regla.

Por su parte Cano (2014) evaluó los efectos de dos tipos de interacciones lingüísticas previas (positivas y negativas) respecto al egoísmo, sobre la conducta egoísta en una tarea de elección “ser egoísta/no serlo”. Los participantes fueron distribuidos aleatoriamente en tres grupos, un grupo control y dos experimentales; entrenamiento referencial positivo y entrenamiento referencial negativo respecto al comportamiento egoísta. Los participantes de los grupos experimentales fueron expuestos a cuatro situaciones: sondeo inicial, entrenamiento referencial, acumulación de puntos y elección egoísmo/no egoísmo. Mientras que el grupo control fue expuesto a las mismas situaciones con excepción del entrenamiento referencial. Los resultados de esta investigación sugieren, que las interacciones lingüísticas previas positivas respecto al egoísmo, probabilizan la ocurrencia de conducta egoístas en ausencia de consecuencias situacionales.

Ambas investigaciones sugieren que el entrenamiento de la historia referencial,



probabiliza el ajuste de un individuo a criterios específicos, además de que reconocen el papel del lenguaje como posibilitador del ajuste del individuo a las prácticas compartidas de su grupo.

En resumen, identificar la dimensión psicológica en el desarrollo de la gastritis así como en la automedicación es posible mediante la implementación del modelo psicológico de la salud biológica de Ribes (1990), el cual permite analizar los factores involucrados para intervenir mediante estrategias de prevención. Conforme a lo anterior y con base en los resultados obtenidos con entrenamientos conductuales y referenciales, el presente estudio tiene por objetivo evaluar el efecto de dos condiciones de entrenamiento: una en la que se entrena la historia de referencialidad respecto al consumo de medicamentos y otra en que se entrenan habilidades para el adecuado consumo de los mismos, sobre el desempeño de conductas de adhesión terapéuticas en estudiantes universitarios con gastritis

## MÉTODO

### *Participantes*

Participaron de manera voluntaria 15 estudiantes universitarios con gastritis de la Facultad de Estudios Superiores

Iztacala, los cuales cumplieron con al menos tres de las siguientes características: cursan la carrera de psicología, tienen entre 18 y 25 años; consumen medicamentos no prescritos por su médico y en horarios y dosis no indicados; desconocen las características y efectos de sus medicamentos; no han revisado la pertinencia del medicamento que consumen (es decir que este sea el recomendado por el médico, la dosis adecuada y el estado del medicamento, como su estado de caducidad); reemplazan sus medicamentos por remedios alternativos y abandonan el tratamiento prescrito antes del tiempo indicado

### *Variables*

VI: tipo de entrenamiento (historia de referencialidad respecto al consumo de medicamentos y habilidades para el adecuado consumo de medicamentos)

VD: ajuste a las prescripciones médicas

### *Diseño*

Se implementó un diseño experimental pretest-postest con grupo control. Los participantes fueron distribuidos aleatoriamente en tres grupos: uno experimental con dos condiciones (entrenamiento de historia de referencialidad respecto al consumo de medicamentos y entrenamiento de

habilidades para el adecuado consumo de medicamentos) y uno control que se muestran en la Tabla 1.

### *Materiales*

Se utilizaron dos presentaciones de PowerPoint, una en la que se explicaba la importancia de hacerle preguntas al médico respecto a la prescripción médica y otra en la que se explicaba la importancia de revisar el medicamento al adquirirlo y cómo organizarlo así como dos vídeos en los que se modelaba las preguntas y la adquisición del medicamento y organización del mismo, por último se elaboró un folleto que contenía información sobre las generalidades de la gastritis, así como las preguntas que se le deben hacer al médico respecto a la prescripción médica y lo que se debe de hacer al momento de adquirir

y organizar el medicamento.

### *Instrumentos*

Se utilizó una guía de entrevista (véase en el anexo 1) con el fin de seleccionar a los participantes y una hoja de registro para evaluar la adquisición de las conductas instrumentales (véase en el anexo 2).

### *Procedimiento*

A cada uno de las personas se le citó en una de las aulas de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, donde se les entregó el Consentimiento Informado (CI) para que lo leyeran y firmaran. Si aceptaban, una vez que firmaban el CI, se les realizaba una breve entrevista, la cual tenía como finalidad identificar a los participantes potenciales de acuerdo a los criterios de inclusión.

Tabla 1  
*Diseño general del experimento.*

<b>Grupo</b>	<b>Fase 1 Pretest</b>	<b>Fase 2 Entrenamiento</b>	<b>Fase 3 Postest</b>
1		Historia de referencialidad respecto al consumo de medicamentos	
2	Situaciones hipotéticas	Habilidades para el adecuado consumo de medicamentos	Situaciones hipotéticas
3		Control	

### *Procedimiento*

A cada uno de las personas se le citó en una de las aulas de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, donde se les entregó el Consentimiento Informado (CI) para que lo leyeran y firmaran. Si aceptaban, una vez que firmaban el CI, se les realizaba una breve entrevista, la cual tenía como finalidad identificar a los participantes potenciales de acuerdo a los criterios de inclusión. Después de seleccionar a los participantes, estos fueron distribuidos aleatoriamente en las dos condiciones del entrenamiento: historia de referencialidad respecto al consumo de medicamentos y habilidades para el adecuado consumo de medicamentos; y en el grupo control.

Se trabajó con los participantes en tres fases:

#### *Fase 1.*

Se citó a los participantes de los tres grupos las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, donde se realizó la evaluación de su comportamiento de adhesión al tratamiento mediante el uso de situaciones hipotéticas. Dichas situaciones fueron referentes a “la cita con el médico” y “Adquisición y organización de los medicamentos”, en las que se evaluó su comportamiento.

#### *Fase 2.*

##### *Plática*

Se citó a los participantes en las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, donde se dio una plática (bajo la previa supervisión de un médico especialista) sobre qué es la gastritis, cuáles son sus causas, así como las consecuencias a corto, mediano y largo plazo, además, se les expuso cuales son los medicamentos más utilizados en el tratamiento de la gastritis, sus funciones y la importancia de ajustarse a las prescripciones médicas.

##### *Entrenamiento*

Por motivos didácticos el entrenamiento se dividió en dos sesiones, la primera dirigida a la cita con el médico y la segunda a la adquisición y organización de los medicamentos, con una duración aproximada de una hora cada una. Al primer grupo (historia de referencialidad respecto al consumo de medicamentos) en la primera sesión se expuso a los participantes la importancia y las características de una buena comunicación con el médico. Se les dijo qué preguntas se tienen que formular de acuerdo con las prescripción médica; las cuales iban encaminadas hacia las características de los medicamentos prescritos y cómo tomarlos (dosis, tiempos y si se puede acompañarlo o

o no de otros medicamentos).

Las preguntas fueron las siguientes:

1. ¿En qué momento debo de tomar mis medicamentos?
2. ¿Cuánto tiempo tengo que dejar pasar entre la ingesta de uno y otro medicamento?
3. ¿Por cuánto tiempo debo de tomarlos?
4. ¿Cuál es el ingrediente activo de estos medicamentos?
5. ¿Para qué sirve cada uno de los medicamentos que me recetó?
6. ¿Qué medicamentos están contraindicados con este tratamiento?
7. ¿Qué pasa si olvido tomar mi medicamento a la hora indicada?

Al concluir la explicación, a los participantes se les presentó una receta y se les dijo: “Supongamos que van con el médico y les entrega esta receta ¿Qué preguntas van a realizar?” Si las preguntas que realizó el participante fueron adecuadas se le administraron consecuencias “muy bien, así es como se debe de hacer, eres un paciente responsable, felicidades, eso ha estado muy bien”, por el contrario si lo hacía incorrectamente se aplicaban

consecuencias tales como “No, así no se hace, olvidaste hacer esto, lo tienes que hacer nuevamente” además se puntualizaba lo que no había dicho, el porqué era importante decirlo y qué pasaba si no lo hacía. En la segunda sesión se expuso la importancia de revisar con cuidado los medicamentos que se consumirán así como la importancia de organizarlos. Además, se expusieron las conductas preventivas que deben realizar al momento de adquirir y organizar sus medicamentos: revisar que el medicamento adquirido corresponda con el prescrito, revisar la fecha de caducidad y que las pastillas estuvieran completas y sin ningún daño; colocar los medicamentos en un lugar específico de la casa, hacer un cronograma de acuerdo al horario (anotar qué medicamento se toma, a qué hora y qué dosis) y programar recordatorios 3 o 5 minutos antes de la hora de ingesta del medicamento.

Al final se les hacían las siguientes preguntas: Cuando el farmacéutico me da la bolsa con los medicamentos ¿Qué es lo que debo hacer?

1. ¿Cuál es un buen lugar en el que puedo poner mis medicamentos?
2. ¿Dónde y cómo debo organizar mis medicamentos?
3. ¿Dónde debo colocar mi cronograma?

4. ¿Qué puedo hacer para recordar cuándo y a qué hora tomarme el medicamento recetado?

Al igual que en la sesión anterior se administraron consecuencias según su desempeño.

Al segundo grupo (habilidades para el adecuado consumo de medicamentos) en la primera sesión se les mostró el primer vídeo, el cual ilustraba las preguntas que se deben hacer al médico respecto a la prescripción médica. Las preguntas fueron las mismas que en el grupo anterior.

Al terminar de ver el vídeo se le preguntaba al participante si tenía alguna duda o quería volverlo a ver, después, cada uno de los participantes tuvo que pasar al frente a replicarlo, si el participante lo hacía correctamente se aplicaban consecuencias tales como “muy bien, así es como se debe de hacer, eres un ciudadano responsable, felicidades”, por el contrario si lo hacía incorrectamente se aplicaban consecuencias tales como “No, así no se hace, lo tienes que hacer nuevamente” además se puntualizaba lo que no había dicho, el porqué era importante decirlo y qué pasaba si no lo hacía.

En la segunda sesión se presentó el segundo vídeo donde se ilustró lo que

se tiene que hacer al momento de adquirir y organizar sus medicamentos, las cuales fueron las mismas que en el primer grupo.

Al finalizar el vídeo se le preguntaba al participante si tenía alguna duda o quería volverlo a ver, después, cada uno de los participantes tuvo que replicarlo; como en la sesión anterior se aplicaron consecuencias tanto si lo hacía de forma correcta como incorrecta.

Por último al grupo control sólo se les dio un folleto (véase anexo 3), el cual contenía información sobre las generalidades de la gastritis así como las preguntas que se le deben hacer al médico respecto a la prescripción médica y lo que se debe de hacer al momento de adquirir y organizar el medicamento y sus horas de ingesta.

### *Fase 3.*

Se realizó la Post-evaluación de su comportamiento de adhesión al tratamiento mediante situaciones hipotéticas, las situaciones y el material fue el mismo que en empleado en la pre evaluación. Los participantes fueron nuevamente expuestos a situaciones hipotéticas referentes a “la cita con el médico” y “Adquisición y organización de los medicamentos”, en las que se evaluó su comportamiento.

## RESULTADOS

Para evaluar el efecto de las dos condiciones experimentales: el entrenamiento en historia de referencialidad respecto al consumo de medicamentos (grupo experimental 1) el entrenamiento en habilidades para el adecuado consumo de los medicamentos (grupo experimental 2) y el grupo control, se registraron las respuestas de las situaciones hipotéticas de los participantes antes y después de los entrenamientos.

Mediante la prueba T de Wilcoxon se encontraron diferencias significativas entre las evaluaciones Pre-test y Post-test tanto en el grupo experimental 1 (Sig. asintót. bilateral = .041,  $p > 0.05$ ) como en el grupo

experimental 2 (Sig. asintót. bilateral = .034,  $p > 0.05$ ). Como se puede observar en la figura 2, las puntuaciones Post-test del grupo experimental 2 son mayores que en los otro dos grupos. Las puntuaciones obtenidas después del entrenamiento en historia de referencialidad respecto al consumo de medicamentos (grupo experimental 1) oscilaron entre 9 y 10, mientras que las puntuaciones obtenidas después del entrenamiento en habilidades para el adecuado consumo de los medicamentos (grupo experimental 2) oscilaron entre 12 y 14. De acuerdo los resultados de la prueba U de Mann-Whitney, existen diferencias significativas (Sig. asintót. bilateral = .007,  $p > 0.05$ ) entre los resultados del Post-test entre los grupos experimentales 1 y 2.

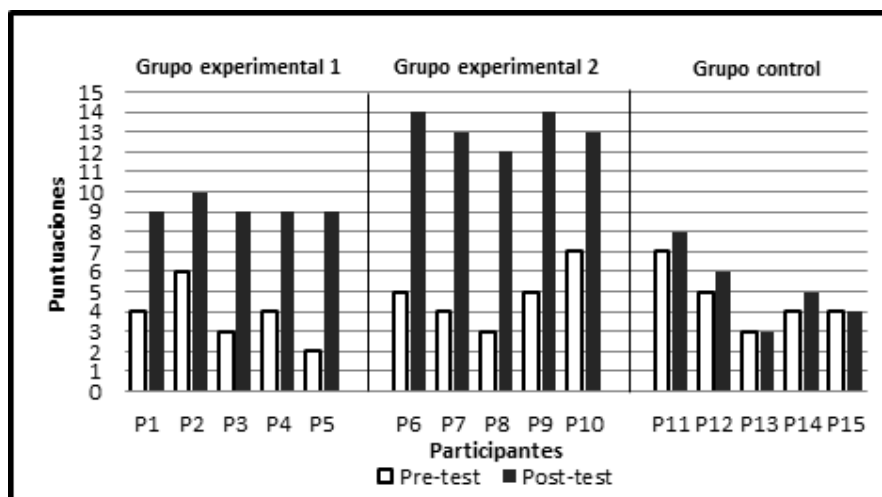


Figura 2. Puntuaciones Pre-test (barra de color blanca) y Post-test (barra de color negro) en el grupo experimental 1: entrenamiento en historia de referencialidad respecto al consumo de medicamentos, experimental 2: entrenamiento de habilidades para el adecuado consumo de medicamentos y el grupo control.

Al revisar las hojas de registro del Pre-test y Post-test de los participantes de cada grupo se observó que en la pre-evaluación los participantes del grupo 1 no realizaron los reactivos 2, 6, 7, 11 y 15, mientras que los participantes del grupo 2 no realizaron los reactivos 2, 4, 6, 7, 9 y 10, por su parte los participantes del grupo 3 no realizaron los reactivos 2, 4, 6, 7, 9, 10 y 11. Un dato importante es que, en la post-evaluación la mayoría de participantes del grupo 1 (3 participantes)

no realizaron los mismos reactivos que en la pre-evaluación, agregando los reactivos 9 y 10, en el grupo 2 la mayoría de participantes (4 participantes) no realizaron el reactivo 7, en el grupo control todos los participantes no realizaron el reactivo 4, 6 y 7 mientras que la mayoría (4 participantes) no realizaron el reactivo 9 y 10 (véase en la Tabla 2).

Tabla 2

Número de participantes que tuvieron errores en el pre y post-evaluación.

Reactivos	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	Entrenamiento en historia de referencialidad respecto al consumo de medicamentos		Entrenamiento de habilidades para el adecuado consumo de medicamentos		Control	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
1. Pregunta el momento en que debe de tomar sus medicamentos	****	*	**	/	****	***
2. Pregunta por cuánto tiempo tiene que dejar pasar entre la ingesta de uno y otro medicamento	*****	***	*****	*	*****	***
3. Pregunta por cuánto tiempo debe tomarlos	***	*	***	*	****	***
4. Pregunta cuál es el ingrediente activo de estos medicamentos	****	*	*****	**	*****	*****

5. Pregunta para qué sirve cada uno de los medicamentos que le recetó	**	*	*	/	**	*
6. Pregunta qué medicamentos están contraindicados con este tratamiento	*****	***	****	*	*****	*****
7. Pregunta qué pasa si olvida tomar su medicamento a la hora indicada	*****	***	****	****	*****	*****
8. Cuando el farmacéutico le da la bolsa con los medicamentos revisa que sus medicamentos correspondan con los de la receta	***	/	*	/	*	*
9. Cuando el farmacéutico le da la bolsa con los medicamentos revisan que estén completos	*****	***	*****	/	*****	****
10. Cuando el farmacéutico le da la bolsa con los medicamentos revisa que cada caja contenga todas las pastillas	*****	****	*****	/	*****	****
11. Cuando el farmacéutico le da la bolsa con los medicamentos revisa que no estén caducados	*****	**	****	/	*****	**
12. Anota las horas en las que tiene que tomar sus medicamentos (realiza un cronograma)	***	**	***	/	*	/
13. Pone alarmas y recordatorios	*	/	***	/	**	*
14. Coloca sus medicamentos en un lugar de fácil acceso	*	*	/	/	/	/
15. Coloca su cronograma en un lugar donde lo pueda consultar con facilidad	*****	****	****	/	**	***

Nota: El número de participantes está representado por los asteriscos y la ausencia de participantes por las diagonales.



## DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto de dos condiciones de entrenamiento: una en la que se entrena la historia de referencialidad respecto al consumo de medicamentos y otra en la que se entrenan habilidades para el adecuado consumo de los mismos. Los datos indicaron mayor efectividad en aquellos participantes expuestos a la segunda condición, tal como lo indican Robles et. al (2006), Valencia, Acuña, Irigoyen y Jiménez (2018) y Barroso, Frías, Moreno y Robles (2009).

Estos resultados sugieren que los entrenamientos que emplean modelamiento y moldeamiento basados en situaciones que emulan condiciones reales en las que ocurren ciertas conductas son más efectivos para desarrollar competencias instrumentales (Valencia, Acuña, Irigoyen & Jiménez, 2018).

Sin embargo, aunque los resultados indiquen mayor efectividad del entrenamiento de habilidades para el adecuado consumo de medicamentos que el entrenamiento de la historia de referencialidad, esta última denota mayor efectividad que el grupo control, en el cual solo se entregó un folleto informativo emulando la estrategia

preventiva utilizada en los sistemas de salud pública, lo que sugiere que los entrenamientos en conductas instrumentales basados en historias referenciales son más efectivos que los métodos clásicos de promoción de la salud, pues aseguran mayor contacto de los participantes con los objetos-estímulo por mediación lingüística. Es así que, los resultados de la investigación ponen sobre la mesa la carente eficacia de las campañas de prevención y promoción de la salud respecto a la gastritis y la automedicación, en las que, la mera distribución de información no es un factor suficiente para modificar o desarrollar este tipo de habilidades (Ribes, 1990).

Un dato interesante que vale la pena destacar, fue que los participante de los grupos experimentales durante su Post-evaluación, si bien, no obtuvieron una calificación perfecta, sí mejoraron al grado de realizar otras conductas que no fueron entrenadas tales como preguntar en la simulación de visita al médico qué hacer si no se sentía mejor con el tratamiento, qué otras recomendaciones debía de seguir, qué alimentos están prohibidos con el tratamiento y si podían tomar otra cosas (tés, medicina alternativa, otros medicamentos no prescritos).

Esto puede deberse a que los entrenamientos promovieron la conducta

creativa, entendida como “aquella forma de comportamiento que da origen a un criterio por satisfacer y con ello transforma psicológicamente una situación en otra” (Carpio, Canales, Morales, Arroyo & Silva, 2007, p. 44). Es así, que los participantes además de cumplir con el criterio relacionadas al medicamento prescrito por el médico, atendieron a cubrir dudas relacionadas con la dieta, la eficacia del tratamiento y la interacción de su tratamiento con otras sustancias como otros medicamentos, remedios caseros, entre otros.

Las limitaciones de este estudio y que se sugieren tomar en cuenta para investigaciones futuras son las siguientes:

- 1) Dada la naturaleza del diseño experimental, sugerimos incrementar considerablemente el número de participantes, con el fin de poder comparar con más datos la efectividad de los entrenamientos.
- 2) Se sugiere realizar más de dos mediciones para asegurar el mantenimiento de las conductas aprendidas, ya que, dado el tipo de diseño (pre-postest), solamente es posible tener dos mediciones: una al inicio y otra al final del estudio.
- 3) Por último, en cuanto al entrenamiento en historia de

referencialidad se debe asegurar el contacto de los participantes con las características de la situación en la que deberán desempeñarse efectivamente, por ejemplo, la proximidad entre el paciente y el médico, el contacto visual con el mismo, el tono de voz al realizar las preguntas, entre otras cosas.

## REFERENCIAS

- Arroyo et al. (2008). Análisis funcional del conocimiento previo: sus efectos sobre el ajuste lector. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(2), 55-64.
- Bueno, R. (2014). La psicología como la ve Ribes: I. La taxonomía funcional de la conducta. *Revista psicológica*, 16(2), 223-232.
- Cano, R. (2014). *Análisis interconductual de la conducta egoísta: un ejemplo de desarrollo psicológico* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Carpio, C., Canales, C., Morales, G., Arroyo, R. y Silva, H. (2007). Inteligencia, creatividad y desarrollo psicológico. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 41-50.

- Carpio, C., Pacheco, V., Hernández, R. & Flores, C. (1995). Creencias, criterios y desarrollo psicológico. *Acta Comportamentalia*, 3(1), 89-98.
- Carpio, C., Pacheco, V., Flores, C. y Canales, C. (2000). Calidad de vida: un análisis de su dimensión psicológica. *Revista Sonorense de Psicología*, 14 (1 y 2), 3-15.
- Carranza, L. (2018). *El papel de los componentes verbales en la transgresión: efectos de la historia referencial valorativa y las consecuencias*. (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- CEVECE (2017). *La automedicación no es opción*. [Tríptico]. Estado de México: CEVECE.
- Del Toro, M., Díaz, A., Barrios, Z. y Castillo, I. (2017). Automedicación y creencias en torno a su práctica en Cartagena, Colombia. *Revista Cuidarte*, 8 (1), 1509-1518.
- Díaz-Caycedo, N., Payán-Madriñán, M. y Pérez-Acosta, A. (2014). Aproximación psicológica al comportamiento de automedicación. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(1), 17-29.
- Farjado-Zapata, A. (2013). La automedicación de antibióticos: un problema de salud pública. *Revista Científica Salud Uninorte*, 29(2), 226-235.
- Fernández, J. (2014). Incidencia actual de la gastritis: una breve revisión. *Revista CENIC. Ciencias Biológicas*, 45 (1), 10-17.
- Gómez, L., Galar, M., Téllez, A., Carmona, F. y Amaya, C. (2009). Estudio de automedicación en una farmacia comunitaria de la ciudad de Toluca. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 40(1), 5-11.
- Herrera, E. (2012). *Prevalencia de gastritis en un segmento de la población estudiantil de la facultad de ciencias químicas y farmacia de la universidad de San Carlos de Guatemala que cursan el segundo año de carnet 2010 y la elaboración de un trifoliar informativo*. (Tesis de pregrado). Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.
- Kantor, J. y Smith, N. (1975). *The science of psychology: An interbehavioral survey*. Chicago, IL: The Principia Press.
- Loyola Filho, A., Lima-Costa, M. y Uchoa, E. (2004). Bambuí Project: a qualitative approach to self-medication. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6), 1661-1669. Recuperado de

- [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000600025](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600025)
- Llanos et al. (2001). Automedicación en cinco provincias de Cajamarca. *Revista Médica Herediana*, 12(4), 127-133.
- Medrano, A. (2009). *Análisis funcional de las referencias valorativas previas como factor disposicional en el ajuste lector*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Morales, G., Chávez, E., Rodríguez, R., Peña, B., & Carpio, C. (2016). Estudiar y aprender: precisiones sobre su naturaleza analítica e investigación empírica. *Revista de Educación y Desarrollo*, 5-14.
- Organización Mundial de la Salud (16 de Noviembre de 2015). Encuesta en varios países de la OMS muestra los malentendidos generalizados del público acerca de la resistencia a los antibióticos. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/detail/16-11-2015-who-multi-country-survey-reveals-widespread-public-misunderstanding-about-antibiotic-resistance>
- Organización Mundial de la Salud (29 de Marzo del 2017). La OMS lanza una iniciativa mundial para reducir a la mitad los errores relacionados con la medicación en cinco años. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/detail/29-03-2017-who-launches-global-effort-to-halve-medication-related-errors-in-5-years>
- Piña, J. y Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychologica*, 5(3), 669-679.
- Piña, J. y Sánchez-Sosa, J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Universitas Psychologica*, 6, 399-407.
- Piña, J. (2008). Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes: justificación y desarrollo. *Universitas Psychologica*, 7 (1), 19-32.
- Piña, J. (2011). Del Alma-Ata al bueno milenio: la psicología y la prevención de las enfermedades en México. In: J. Ybarra, J. Sosa y J. Piña, ed., *Trastornos y enfermedades crónicas: una aproximación psicológica*, 1er ed. México: Manual Moderno.

- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud. Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes, E. (2010). Lenguaje ordinario y lenguaje técnico: un proyecto de currículo universitario para la psicología. *Revista Mexicana de Psicología*, 27(1), 55-64.
- Riverón, F., López, J., Ponce, L. y Machado, C. (2003). Resistencia bacteriana. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 32(1), 44-48.
- Robles et al. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de Psicología*, 22(1), 60-71.
- Rodríguez, M. (2003). La inserción del psicólogo en el campo aplicado. *Psicología y Ciencia Social*, 5(1), 11-19.
- Rodríguez, M., Barroso, R., Frias, I., Moreno, D. y Robles, S. (2009). Errores en el uso del condón: efectos de un programa de intervención. *Psicología y Salud*, 19(1), 103-109.
- Ryle, G. (1949). *El concepto de lo mental*. Reino Unido: University of Chicago Press.
- Valencia, J., Acuña, K., Irigoyen, J. y Jiménez, M. (2018). Efectos de un procedimiento instruccional en el desarrollo de habilidades para el cuidado de las mamas. *Psicología y Salud*, 28(2), 143-154.
- Zambrano, G., Flórez, M., Lozano, L. y Rubio, Y. (2014). Prevalencia de los factores de riesgo para cáncer gástrico en universitarios. *Revista Ciencia y Cuidado*, 11(1), 16-26.
- Zurita et al. (2017). Mortalidad de cáncer gástrico en México 2005-2015: Perfil epidemiológico. *Archivos de Medicina*, 13(44), 1-5.