

# Modelos psicológicos del cambio: de los modelos centrados en el individuo a los modelos psicosociales en psicología de la salud

## *Psychological models of change: From individual centered models toward psychosocial models in health psychology*

Leonardo Alvarez<sup>1</sup>

### RESUMEN

El presente artículo tiene el propósito de revisar las características del proceso de cambio comportamental desde algunos modelos teóricos que se han concebido desde una perspectiva “psicologizante” o “individual” señalando los elementos a los cuales dan primacía en detrimento de otros, propios de alternativas “psicosociales”, en las cuales la articulación entre lo individual y lo social se convierte en el contexto de emergencia del cambio de actitudes, comportamientos y hábitos. Se hace una crítica a la lógica lineal desde la cual se han formulado los primeros y las dificultades en sus pretensiones de orden, predicción y control en los procesos de cambio, los cuales se hallan restringidos a diferentes variables, especialmente de tipo cognitivo y conductual, en las cuales el papel del individuo es el de controlador y administrador emocional. Se destaca la influencia del grupo como un factor alternativo que sobrepasa las percepciones individuales, colocando como escenario del cambio el interjuego tensional individuo-grupo.

**Palabras clave:** Modelos psicológicos; Modelos psicosociales; Psicología de la salud.

### ABSTRACT

*The article has as objective to review the characteristics of the behavioral change process from the point of view of some theoretical models conceived under a “psychologizing” or “individual” perspective, paying attention on elements that are not as important as others, from here “psychosocial” approaches emerge, in which in the articulation between individual and social aspects become the context in which the change of healthy attitudes, behaviors, and habits occur. The linear logic and the difficulties in its pretensions of order, prediction, and control in the changing processes are criticized, because they are restricted to some variables, specially cognitive and behavioral, in which the individual role is of administrator and emotional regulator. The influence of group as alternative factor that goes beyond the individual perceptions, putting as the changing place the tensional inter-play individual-group, is underlined.*

**Key words:** Psychological models; Psycho-social models; Health psychology.

**D**entro de los modelos psicológicos del cambio comportamental (en particular en la psicología de la salud), han sido muy difundidos y utilizados aquellos basados en perspectivas centradas en el individuo: los modelos del cambio de actitudes y los modelos por etapas (motivacionales); unos y otros incluyen aspectos psicosociales, pero integrados bajo el mismo molde individualista, donde lo psicosocial

<sup>1</sup> Carrera 30w No.59-20, Barrio Manzanares, Bucaramanga, Colombia, tel. 641-21-38, correo electrónico: leonardoalvarez64@gmail.com. Artículo recibido el 13 de noviembre de 2008 y aceptado el 23 de mayo de 2009.

(el grupo) termina articulándose en el cambio a través de la psicologización cognitivo-conductual de los procesos implicados en el mismo. El individuo es concebido como protagonista del control sobre el cambio de comportamiento, control que tendría sobre la “cognición” y sobre sus intenciones y motivaciones, desde el principio hasta el final del proceso de cambio inclusive. El acusado grado de linealidad, a veces reversible entre etapas, como en los modelos motivacionales (por ejemplo, en el DPPPS) (Flórez, 2007), hace que la lógica causa-efecto domine la comprensión y el funcionamiento de los procesos de cambio en estos modelos, dentro de los cuales el de la “actitud” fue uno de los que más trabajos investigativos generó hasta los años 70, cuando empezó cierto declive ante las críticas recibidas (Wicker, 1969).

La actitud ha sido definida como un juicio evaluativo de un objeto social desde Allport (1935). De acuerdo con él, los individuos en el mundo social hacen evaluaciones ante los diferentes fenómenos de la realidad social. Zanna y Rempel (1988) incluyen en la actitud una estructura tripartita, en la cual uno de sus componentes, el cognitivo, se relaciona con las creencias que tiene el individuo respecto al objeto social o a una determinada práctica o hábito de salud (consumo de alimentación balanceada, consulta médica regular, examen regular de los senos, entre otras). Dentro del modelo de la actitud, dicho componente tiene un efecto de primacía sobre el segundo componente (el “afectivo”), es decir, los sentimientos que se experimentan frente a dicho objeto o comportamiento que se practica –para el caso, un comportamiento saludable o no saludable–; el tercer componente es la “intención de acción”, la que puede convertirse o no en una práctica saludable. En esta línea, la teoría de la acción razonada de Fishbein y Azjen (1975) propone un modelo integrador de estos componentes, dando al individuo un papel protagónico en la determinación de sus comportamientos, para lo cual potencializa sus capacidades de autorregulación y la racionalidad, esto es, la importancia de la deliberación en función de la información disponible; tales autores ubican a la cognición (capacidad de planeación y anticipación), la conducta observada y la capacidad de automonitoreo individual en la cúspide del cambio. Fishbein y Azjen (1975) confieren un papel central en

el cambio a las cogniciones, ya sea por vía de la exposición a experiencias desconfirmatorias de las mismas o por la deliberación sobre ellas. Adicionalmente, discuten el papel de la relación entre las actitudes y la conducta, estableciendo que la compatibilidad entre las dos ocurre cuando las dos son generales o las dos específicas; sin embargo, uno de los problemas en este punto es que el criterio de especificidad es definitivo para que el cambio logre su efecto. En esta perspectiva, las actitudes vendrían siendo un determinante del comportamiento, previo a él: la “norma subjetiva”, relacionada con la deseabilidad social. Juntas, las actitudes y la norma subjetiva influirían en las acciones, en el cambio (Azjen y Fishbein, 1980). El papel de la norma subjetiva (norma interiorizada) actuaría como un antecedente rector de las actitudes, pero estaría finalmente supeditada al crédito, validez o importancia que el individuo confiriera a los dictámenes del grupo (deseabilidad social); en otras palabras, aun la norma subjetiva sigue bajo el dominio individual (subproducto del individuo); el énfasis del cambio se pone en la autodeterminación, en la responsabilidad personal. El individuo dirige su propio proceso de cambio: lo calcula, lo predice, lo monitorea, lo administra; controla sus emociones y conducta, es un predictor de eventos y sentimientos, un manipulador y controlador de los mismos. La autorregulación sería la bandera de batalla que caracterizaría el cambio conductual, es decir, los esfuerzos por cambiar se mantendrían mientras se manipulen los estados emocionales en función de tales objetivos y se mantenga la motivación, cuyo descontrol implicaría que todo regresa al estado de desorden o descoordinación de algún estado o etapa anterior. En el modelo, el individuo se hace cargo de sí mismo en su búsqueda del cambio y pretende un orden de variables personales para orientarlas en un esfuerzo hacia un objetivo final deseado (el cambio deseado). Este aspecto resulta bastante polémico respecto a la posibilidad de “hacerse cargo” de lo que puede llegar a ser capaz el individuo, entre otras cosas porque el modelo da gran primacía a la capacidad de previsión y al control (orden) emocional (lo racional), mientras que el funcionamiento emocional resulta muchas veces inaprensible, imprevisible, irracional, y sólo en ocasiones algunas variables mediadoras facilitan

los altos grados de control exigidos en el modelo individual ya aludido, aunque no debe desconocerse que individuos con alta dotación de variables tales como la introversión e independencia, la autodeterminación o la autosupervisión (Zinder, 1974) podrían llegar a conducirse con mejores resultados dentro de lo que prevé el modelo; sin embargo, dichas variables están distribuidas muy irregularmente en los individuos; adicionalmente, Fishbein y Azjen (1980) introducen el “control conductual percibido” al interior de la teoría de la conducta planeada (Fishbein y Azjen, 1985), el cual, adicionalmente, operaría como un reforzador interno frente a la norma subjetiva, apoyando el cambio de actitud y su mantenimiento.

La teoría de la disonancia cognitiva de Festinger (1954) es otro de los modelos del cambio basado en una perspectiva individual; ésta supone que las cogniciones pueden ser o no congruentes con el comportamiento y que se mantendrá algún grado de “tensión” o de conflicto entre las creencias y el comportamiento; las personas tenderán a hacer congruentes los dos componentes, pero el grado de incongruencia experimentado podría ser mayor o menor según la persona. El énfasis del cambio está centrado en el individuo, como en el modelo anterior, en particular en las cogniciones, a las cuales se les asigna un papel determinante en el comportamiento y, además, se implica una mutua relación de reciprocidad entre aquéllas y éste. Al igual que en los enfoques anteriores, la autosupervisión sobre el grado de incongruencia experimentado es fundamental. El énfasis individual de la teoría de Festinger sigue dejando al sujeto como el determinante del cambio.

Una tercera perspectiva individualista del cambio es la de la “persuasión”, la “aproximación a la respuesta cognoscitiva” (Eagly y Chaiken, 1993), la cual vuelve a colocar el énfasis en las cogniciones como unidad de análisis para el estudio del cambio. De acuerdo con este modelo, las variables implicadas en ese cambio serían la credibilidad de la fuente y la vía por la cual se evalúa el mensaje. Su énfasis en la persuasión no es desestimable; por el contrario, el efecto de la persuasión está asociado con la validez y la credibilidad que los individuos asignan a dichos mensajes y a la fuente que los emite, pues toman sus decisiones de cambio de acuerdo a ellas. El fenóme-

no de la autopersuasión también se hallaría implicado aquí; es decir, las personas se convencen a sí mismas de aquello que quieren o no hacer y que les da sentido a sus convicciones, las cuales protegen seleccionando la información que las confirma y desechando la que no lo hace (Tesser, 1993). Este modelo prevé que la persuasión puede venir por la vía de un análisis sistemático y cuidadoso de los argumentos, la vía más costosa para el cambio (argumentos sólidos o no, pero plausibles), o por la vía periférica, donde el predominio es más emocional que racional, más heurístico, y depende más del sentido común, que incluye creencias tales como “Los expertos suelen tener la razón” y “Por lo general, lo que la gente dice es lo que está bien”. Esta modalidad persuasiva, al ser menos de predominio cognoscitivo, acude más a la exposición y al condicionamiento clásico para conseguir el cambio (Petty y Caccioppo, 1986).

El modelo de adopción de precauciones de Weinstein (1988) es otro de los modelos que ponen el énfasis en el individuo para hacer posible el cambio. Es un modelo por etapas que, a diferencia de los de actitudes, está más centrado en lo motivacional. Para este modelo, la conducta saludable sucede a través de cinco etapas: la primera es de susceptibilidad, y en ella se tiene una información global acerca del riesgo para la salud de practicar un comportamiento determinado; la segunda es la de severidad y cálculo del riesgo; en la tres, o de efectividad, el individuo hace el reconocimiento de su susceptibilidad; en la cuarta, la de decisión personal, se lleva a cabo la acción, y en la final, o de acción, la persona efectúa la conducta saludable.

El llamado por Flórez (2007) “esquema heurístico DPPPS” (dimensión psicológica de la promoción-prevención) podría incluirse dentro de las propuestas individualistas del cambio, pues es una síntesis de los modelos por etapas; combina la influencia grupal y las actitudes-intenciones con el balance decisional en un esquema que tiene una serie de etapas sucesivas, donde en cada una hay un rango con límites máximos y mínimos de probabilidad de adoptar o no un comportamiento determinado, y también incluye barreras entre una etapa y la otra, representadas por procesos psicológicos (cognoscitivo-conductuales), que deben cumplirse para aumentar la probabilidad de ejecución

comportamental. La “escalera” cognitivo-conductual de la prevención-promoción plantea una linealidad que arranca en la expectativa de reforzamiento-resultado sobre el comportamiento meta específico. Las actitudes normativas aparecen en el esquema heurístico como una tercera barrera para el cambio de comportamiento; sin embargo, el componente persuasivo o de validación personal no se considera como barrera de inicio, ni tampoco la influencia social y la conformidad como motivación al cambio por una ruta más psicosocial que cognitivo-social, que opera en muchos casos con independencia relativa de la planeación cognitivo-conductual propuesta por estos modelos (Fischbein y Azjen, 1985). En el DPPPS, este factor está considerado como una “etapa”, cuando el estatus que le correspondería dentro de una lectura psicosocial del cambio es de factor interdependiente en el marco de la “tensión” individuo-grupo (conformidad-resistencia) donde se gestaría el cambio comportamental. El DPPPS, según Flórez (2007), supone una escalera psicológica de la prevención/promoción, una escalera cognitivo-comportamental que comienza con la barrera de la expectativa→ reforzamiento→ resultado sobre la utilidad que tiene llevar a cabo el comportamiento, la controlabilidad percibida en cuanto a la accesibilidad o facilidad y la capacidad (autoeficacia). Las actitudes normativas, la deseabilidad social, la elección y decisión, la planificación del comportamiento saludable, la acción y el manejo de las contingencias requeridas para ello, la evaluación de los resultados y el mantenimiento, llevarían a la recuperación, al abandono o al reinicio. El máximo cumplimiento ocurriría al ejecutar el comportamiento saludable, y la barrera de la postacción resultaría en la recaída o el mantenimiento (Westein, Rottman y Sutton, 1998). El DPPPS está basado en los modelos por etapas, según se ha dicho arriba, en los cuales cada una aproxima más a la persona hacia la ejecución de la conducta determinada y la puesta en marcha de los procesos psicológicos subyacentes que se requieren para superar esta etapa.

El modelo transteórico de Prochaska (1979) también puede clasificarse dentro de los modelos de tipo motivacional-individualistas, pero su acercamiento al cambio es más multidimensional, pues comprende etapas y procesos del cambio y variables psicosociales intermediarias (Flórez, 2007).

Las etapas del cambio constituyen la dimensión temporal de los cambios; los procesos son las actividades iniciadas o experimentadas por una persona para modificar el afecto, la conducta, las cogniciones o las relaciones interpersonales; las variables psicosociales son las tentaciones, la autoeficacia y los balances decisionales. El modelo secuencia las etapas sobre la base de plazos que la persona se fija para iniciar el proceso de cambio (Flórez, 2007):

Precontemplación, contemplación, cuando la persona se propone cambiar en algún momento dentro de los siguientes seis meses; preparación, cuando la persona se propone hacerlo en el próximo mes y ya ha realizado algunos intentos fallidos de cambio que han durado 24 horas o más; acción, en la cual la persona ha empezado a cambiar pero no cumple aún seis meses de persistencia en ese propósito; mantenimiento, en el cual durante más de seis meses la persona ha ido persistentemente siguiendo el cambio pero con tentaciones de reincidencia, y finalmente terminación, en la cual la persona supera los seis meses practicando el nuevo comportamiento y considera que ya no tiene tentaciones de reincidencia.

Los procesos de precontemplación tienen carencia de conocimiento sobre el comportamiento excesivo. En la contemplación –conciencia del problema–, el individuo conoce las ventajas y desventajas de su comportamiento, aunque sin compromiso de actuar. Solamente hay la intención de cambiar. Las técnicas de motivación implican persuadirlo a que pase a la siguiente etapa.

En la etapa de preparación ya ha habido intentos de cambio conductual, en tanto que combina la intención y los criterios de conducta, cambios en las condiciones sociales, y pensamientos y sentimientos (Flórez, 2007). La actuación y acción consisten en observar la modificación de la conducta que muestran los sujetos respecto al problema.

En el mantenimiento, se continúan los aprendizajes, la autorregulación y el fortalecimiento de la autoconfianza. El cambio ocurre de manera secuencial a través de las etapas, y la tarea es tomar conciencia de aquella en que se está ubicado.

Prochaska, Norcross y Diclemente (1994) definen un proceso de cambio como “cualquier

actividad que la persona emprende para ayudarse a modificar sus pensamientos, sentimientos o conductas". En la reevaluación del entorno o reevaluación social, es un proceso en el cual la persona hace una valoración del estado actual de sus relaciones interpersonales y cómo ha influido la conducta excesiva sobre las que tiene con las personas más allegadas, así como el reconocimiento de las consecuencias positivas sobre estas mismas relaciones interpersonales, tanto las familiares como las de amistad. Aquí, de nuevo, vuelve a aparecer lo social psicologizado, pues se convierte en un subproducto de la cognición del individuo, acentuándose el énfasis en el control individual del cambio, y lo social como un factor supeditado enteramente a la valoración individual.

Rosen (2000) ubica las variables psicosociales en un nivel intermedio entre los procesos de cambio como variable independiente, y las etapas del cambio (disponibilidad al cambio) como variable dependiente.

Los modelos cognoscitivos se centran en las creencias y actitudes de la persona: percepción de severidad, susceptibilidad, costos y beneficios; las actitudes o propensiones a actuar, de acercamiento o alejamiento, acuerdo o desacuerdo (Flórez, 2005). Aunque este autor propone que se considerarían los factores socioculturales y personales al tener en cuenta los contextos en los que ocurre la conducta saludable, los modelos centrados en el individuo sólo incluyen variables de tipo sociodemográfico, como la edad, género, nivel educativo, nivel socioeconómico o personalidad. Lo social queda reducido a la clasificación de las personas en variables sociodemográficas, pero su articulación teórica con lo individual (psicológico) queda sin explicación, más allá de su alusión nominal.

Por otra parte, el modelo heurístico de Flórez (2007) incluye una barrera relacionada con la "norma subjetiva" en la práctica del comportamiento saludable, si bien no pasa de ser una etapa en la cual no se visualiza la tensión de lo psicosocial al ser éste el contexto de formación y cambio de actitudes y comportamientos (Chaiken y Stangor, 1987). Este asunto pone de manifiesto lo ya comentado acerca de la necesidad de incorporar la perspectiva individuación-desindividuación (individuo-grupo) en el cambio y formación de

actitudes (Abelson, 1951/1982); cualquier determinismo, individual o social, es un constreñimiento. Las actitudes se adquieren a través de grupos y se modifican en la relación intra-interpersonal e intra-intergrupala. Ésta no es total ni automáticamente mediada siempre por el individuo y el grupo. Ambos agentes son necesarios e interdependientes. A la vez, los grupos son mediadores entre lo psicológico y lo social. En el grupo, como espacio-tiempo de una actividad compartida, se dan los procesos psicosociales de interacción, identidad e influencia, que están en la base de la formación, el mantenimiento y la posibilidad de cambio de las actitudes. Aunque Flórez (2007) alude a la incorporación de este aspecto en su modelo heurístico, lo hace en efecto, pero desde la psicologización de la influencia social, esto es, a través del estudio del soporte social "percibido"; además, la presión de grupo también es abordada, si bien desde la modulación que la persona puede hacer de la misma (psicologización del proceso), sin dimensionar el papel de interdependencia "individuo-grupo"; incluso el mismo "soporte social" se aborda en el modelo bajo la figura de "la percepción que tendría una persona de ser amada, cuidada" (Flórez, 2007).

Cuando los patrones sociales se han interiorizado, se convierten en elementos esenciales de la naturaleza de los sistemas sociales y de la personalidad de los actores individuales (Parsons, 1951). Esto, por supuesto, no quiere decir que, a la inversa –según lo enfatizan los modelos del cambio desde la perspectiva individual–, el esfuerzo valorativo individual sea también necesario para el cambio de actitudes. Mediante su facultad valorativa, el individuo tiene la posibilidad, siempre relativa, de escoger y seleccionar con mayor o menor grado de libertad.

Respecto a los componentes culturales, el modelo del DPPPS señala que "el papel de la sociedad y de la cultura se manifiesta en la determinación de las intenciones o decisiones que el individuo persigue con sus actos" (Flórez, 2007), pero en la formulación del modelo no se aprecia con claridad la particularidad de lo cultural y lo social porque la formulación que se hace del proceso del cambio por etapas es bastante generalizadora y busca de alguna manera la homogeneización de la predicción conductual. No queda clara la manifes-

tación de la “cognición situada”; es decir, las personas aprenden a pensar con las categorías, prejuicios y operaciones cognitivas propias del sentido común, con una lógica práctica y heurística diferente del razonamiento sistemático, lo cual tiene una gran incidencia en los hábitos que deciden practicar a partir de lo que ellos les significan. Por otra parte, el estilo de vida se construye en función de valores, principios y actitudes que dan sentido al comportamiento individual y social, y estos habrían de ser considerados en un modelo que pretenda dar cuenta del cambio en un marco cultural.

En conclusión, los modelos de cambio concebidos desde una perspectiva “psicologizante” dejan de lado la articulación entre el individuo y el grupo, en la cual ocurren los dinamismos gracias a los cuales se adquieren nuevas actitudes, conductas, hábitos (para el caso, en la psicología

de la salud). Su énfasis en lo voluntario del comportamiento, en el orden, la preedición y el control, superan las limitaciones humanas propias del mundo emocional: irracional, imprevisible y caótico, que harían poco factible que una perspectiva parametrizada desde lo exclusivamente individual pudiera ajustarse claramente al fenómeno del cambio de comportamiento o de las actitudes. Se destaca la influencia del grupo como un factor alterno al individuo, con el cual intercambia permanentemente, y que no está circunscrito solamente a la mera percepción individual, siendo ésta muy importante en el proceso. Por consiguiente, se propone la perspectiva individuo-grupo como el escenario apropiado para leer el cambio actitudinal frente a otras alternativas que destacan lo meramente individual.

## REFERENCIAS

- Abelson, R.P. (1951/1982). Three models of attitude-behavior consistency. En M. P. Parsons (Ed.): *Toward a general theory of action*. Cambridge: MA: Harvard University Press.
- Allport, F.H. (1962). A structural-conceptual conception of behavior: Individual and collective. I: Structural theory and the master problem of social psychology. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64, 3-30.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Chaiken, S. y Stangor, C.H. (1987). An attitude change. *Annual Review Psychology*, 38, 574-630.
- Eagly, A. y Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Forth Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117-140.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Flórez, L. (2007). *Psicología social de la salud. Promoción y prevención*. Bogotá: El Manual Moderno.
- Petty, R. y Cacioppo, J.(1986). The elaboration likelihood model persuasion. En L.Berkowitz (Ed.): *Advances in experimental social psychology* (pp. 123-205). San Diego, CA: Academic Press.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. y Diclemente, C.C. (1994). *Changing for good*. New York: Avon Books.
- Rosen, C.S. (2000). Is the sequencing of change processes by stage consistent across health problems? A meta-analysis. *Health Psychology*, 19(6), 593-604.
- Tesser, A. (1978). The importance of heritability in psychological research: The case of attitudes. *Psychological Review*, 100, 129-142.
- Weinstein, N.D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7(4), 355-386.
- Weinstein, N.D., Rottman, A.J. y Sutton, S.R. (1998). Stage theories of health behaviour: Conceptual and methodological issues. *Health Psychology*, 17(3), 287-300.
- Wicker, A. (1969). Attitudes vs. actions: The relationship of verbal and overt behavioral responses to attitudes objects. *Journal Sociology Issues*, 25, 42-77.
- Zanna, M. y Rempel, J. (1988). Attitudes: A new look at an old concept. En D. Bar-Tal y A. Kruglaski (Eds): *The social psychology of knowledge* (pp. 315-334). Cambridge (England): Cambridge University Press.