

## Modelos Psicológicos de la Salud que han abordado el VIH/SIDA

# Modelo de la Acción Razonada

## (Reasoned Action Model)

Propuesto por Martín Fishbein e Icek Ajzen, el modelo de Acción Razonada tiene sus inicios en 1967 (Fishbein, Middlestadt & Hitchcock, 1994). Dicho modelo concibe al ser humano como un animal racional que procesa la información o la utiliza sistemáticamente, es así, como se vislumbra al sujeto como un tomador racional de decisiones, el cual se comporta en función de la valoración que realiza de los resultados de su comportamiento y de las expectativas que tiene sobre su comportamiento en relación a obtener determinados resultados (Becker et al., 1998; Kaplan et al., 1993; Latorre y Benert, 1992; Roa, s.f.).

Fishbein y Ajzen (1967, citados en Fishbein et al., 1994), con el modelo de la Acción Razonada intentan integrar factores actitudinales y comportamentales para explicar las conductas saludables. Postulan que una conducta saludable es el resultado directo de la **intención comportamental**, es decir, de la intención del sujeto para llevar a cabo determinado comportamiento, ya que consideran que muchos de los comportamientos de los seres humanos se encuentran bajo control voluntario por lo que la mejor manera de predecir la conducta es por medio de la **intención** que se tenga de realizar o no dicho comportamiento. Esta **intención comportamental** (ver Figura 1) estará en función de dos determinantes: uno de naturaleza personal (**actitudes**) y el otro que es reflejo de la influencia social (**norma subjetiva**).

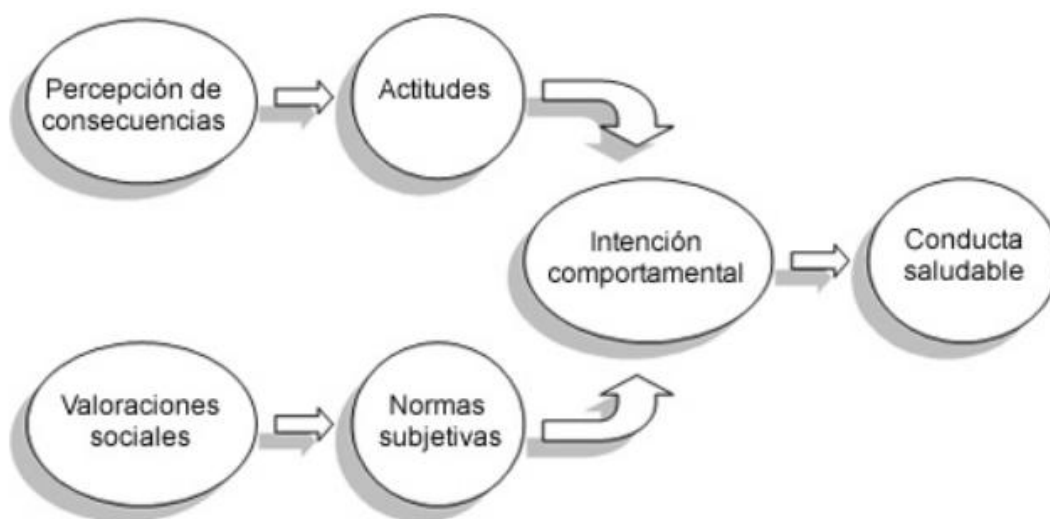


Fig. 1 Representación esquemática del Modelo de la Acción Razonada

Fig. 1 Representación esquemática del Modelo de la Acción Razonada

Las **actitudes** hacia un comportamiento específico son un factor de tipo personal que comprende los sentimientos afectivos del individuo, ya sean de tipo positivo o negativo con respecto a la ejecución de una conducta preventiva y las percepciones de apoyo social que se tengan de dicha conducta. Las actitudes dependen a su vez de la **percepción de las consecuencias**, es decir, de las creencias que tienen las personas de que ciertas conductas producen determinados resultados y las evaluaciones de esos resultados.

Por otro lado, la **norma subjetiva** se define como la percepción de la persona sobre las presiones sociales que le son impuestas para realizar o no un determinado comportamiento, considerando las **valoraciones sociales** que se tienen, acerca del comportamiento del propio sujeto y la motivación general que posee él mismo para actuar conforme a las normas.

En síntesis, el modelo de la Acción Razonada establece que la intención de realizar o no realizar una conducta es una especie de balance entre lo que uno cree que debe hacer (actitudes) y la percepción que se tiene de lo que los otros creen que uno debe de hacer (norma subjetiva).

Asimismo, si lo que se desea es lograr hacer un cambio de conducta, Fishbein y Ajzen (1967, citados en Fishbein et al., 1994) consideran que una intervención desde el modelo de la Acción Razonada, debe integrar un grupo de variables que se encuentran relacionadas con la toma de decisiones a nivel conductual y debido a que toda *acción* ocurre respecto a un *objetivo*, en un *contexto* determinado y en un punto en el *tiempo*; entonces, la selección e identificación de dicha conducta debe tomar en cuenta estas variables.

Al referirse a la **Acción**, Fishbein et al. (1994) consideran necesario especificar de forma clara la conducta a analizar, ya que no es lo mismo dirigir la intervención al saber usar un condón, a comprar un condón o a traer consigo un condón.

Por su parte, el **Objetivo**, responde a la necesidad de saber lo que se quiere obtener, pues no es lo mismo acudir a una tienda de abarrotes, a una farmacia de autoservicio, a un supermercado o a una condonería, para adquirir condones u otro tipo de medidas que contribuyan a la prevención en la transmisión del VIH (dedales de látex, condones de sabores, etc.).

En cuanto al **Contexto**, éste se refiere a la situación en dónde se pretende llevar a cabo la conducta deseada, esto es, el uso del condón con la pareja estable o con parejas casuales o bien con sexoservidoras.

La última variable a considerar es el **Tiempo**, es decir, el momento en que se ha de dar cierto comportamiento, pues no es lo mismo “usar condón *la próxima vez* que tenga relaciones sexuales con mi pareja estable” a “usar condón *todas las veces* que tenga relaciones sexuales anales con mi pareja estable”.

Toda vez que se han identificado y especificado las variables antes mencionadas, se puede dar paso al diseño de la mejor técnica para la prevención de la conducta problema ya que cada conducta requiere de una estrategia de intervención específica. Cabe aclarar que cualquier cambio en cada uno de los elementos antes presentados, representa la redefinición de la conducta de interés. Finalmente se ha de considerar que para obtener el mayor grado de eficacia de las intervenciones, éstas deben influir en las creencias que tiene el sujeto sobre la conducta a realizar, ya que si las expectativas de un sujeto acerca de una conducta determinada son positivas, las actitudes se dan en los mismos términos positivos, lo mismo pasa con las expectativas negativas y sus actitudes (Fishbein et al., 1994).

Para la intervención es necesario también determinar si la intención está bajo el control actitudinal, normativo o ambos, y una vez identificado el nivel en que se da, se debe de cambiar o reforzar la actitud o la norma subjetiva en razón de los resultados esperados (Fishbein et al., 1994).

La aplicación de este modelo en la prevención de la transmisión del VIH, consiste, por ejemplo, en **valorar positivamente el uso del condón y tener expectativas favorables acerca de los beneficios que se pueden obtener con su uso**, además se ha de tomar en cuenta si las personas que están en su entorno (amigos, familiares, etc.) **valoran de manera positiva el uso del condón y lo utilizan**, con esto la intención del uso del condón puede verse reforzada y llevar a la concreción del comportamiento.

Pese a lo anterior, existen pruebas de que el tener *actitudes* y creencias favorables hacia el uso del condón, no significa que las personas lo vayan a utilizar, a este respecto Villagran y Díaz (1999a,1999b) y Ramírez, Lizárraga, Felix, Campas y Montaña (1998) encontraron que aunque una gran cantidad de estudiantes tienen una *actitud favorable* hacia el uso del condón (pues consideran que el condón no es ofensivo para las parejas, que los protege de enfermedades de transmisión sexual, que son útiles para prevenir el embarazo si se usan correctamente, que son fáciles de usar, que se consiguen fácilmente y que lo utilizarían si la pareja lo exigiese), no tienen la *intención* de utilizarlo, según ellos, porque reduce el placer de las relaciones sexuales y el usarlo hace que el hombre pierda la erección.

Lo anterior deja en claro, que existen *incongruencias* entre las *actitudes* y las *conductas que se manifiestan*; resultado de las pautas de conducta culturalmente determinadas, las cuales llevan a las personas a ser resistentes ante su propia participación en el ejercicio de su sexualidad. Prueba de esto es lo que Qu et al., (2002) identificaron en un grupo de 482 sexoservidoras, donde ellas tienen clara la necesidad de usar condón para evitar la transmisión del VIH; sin embargo, ya que su trabajo es dar placer y los clientes no muestran actitudes favorables hacia el uso del condón, ellas no hacen más que aceptar las relaciones sin protección para garantizar su sustento económico.

La inconsistencia entre *las actitudes y las conductas manifiestas* se puede ver a través de un gran número de estudios (Bowen, Williams, McCoy & McCoy, 2001; Díaz y Rivera, 1999; Ramírez et al., 1998; Villagran y Díaz, 1999b). Por ejemplo, Van de Ven et al. (1997) encontraron en un estudio exploratorio que en el caso de hombres que tienen sexo con hombres, existen factores predictores de conductas sexuales de riesgo con parejas casuales; uno de estos factores son las *actitudes*, las cuales son desfavorables hacia el uso del

condón; sin embargo, estos hombres reportan usar condón cuando tienen relaciones anales con hombres no infectados por el VIH, no así con hombres portadores del virus. Esta inconsistencia responde, según los autores a un sentimiento de altruismo por parte de los hombres diagnosticados como seropositivos. Con esto podemos ver que realmente no es necesaria la conjunción de las *normas subjetivas y las actitudes*, pues el sujeto actúa o bien bajo la influencia de las normas subjetivas o de las actitudes.

Actualmente, existe un extenso número de estudios que exploran las *actitudes* que se tienen frente al SIDA o bien frente al condón o al uso del mismo como método para evitar el contagio del VIH. En este tenor, Flores y Díaz (1999) evaluaron las *actitudes* que tienen los estudiantes universitarios hacia la muerte y el SIDA encontrando que las *actitudes más negativas* están dirigidas hacia el SIDA, el cual es considerado como indeseable, enfermo, malo, anormal, indecente, inaceptable peligroso y sucio; además, encontraron que *no existen diferencias significativas en las percepciones hacia el SIDA de las personas que usan condón y las que no lo usan*, lo que sugiere que *no existe relación entre el uso del condón y la actitud que se tiene hacia el SIDA*.

De igual manera, Díaz et al., (1999) identificaron que *no existe relación significativa entre el uso del condón y la percepción de riesgo (consecuencias)*; esto es, existe la misma percepción de riesgo en aquellos que usan condón y en quienes no lo usan; con lo cual podemos deducir que, contrario a lo que postula el modelo, por lo menos en este caso, *la intención no está en función de las actitudes originadas por la percepción de las consecuencias (percepción de riesgo)* y por ende no existe el motivo para prevenir las conductas sexuales de riesgo. Considerando que son muchos los factores que intervienen en un cambio de comportamiento efectivo, Díaz (1999) ha demostrado que las *actitudes* por si solas, explican únicamente el 10% de las conductas esperadas y las *normas subjetivas* no sobrepasan esa cifra, de tal manera que si se analiza la *interacción de las actitudes y las normas subjetivas*, el poder predictivo del modelo de Acción Razonada no sobre pasa el 20%. Incluso se ha encontrado que la conjunción de *las actitudes hacia el SIDA*, la percepción de riesgo personal al contagio y la personalidad, no explican más del 10% de las conductas de riesgo (Díaz, 1990 citado en Villagran y Díaz, 1999a).

Específicamente hablando de la aplicación del modelo para predecir y explicar la conducta de uso del condón, Villagran y Díaz (1999a) han demostrado que los componentes del modelo de Acción Razonada permiten predecir alrededor del 25% de la conducta deseada (uso del condón) y que a pesar de la relación funcional significativa entre los componentes *actitudinales y normativos* encontrados en su estudio, el grado de predicción es menor en comparación con otras investigaciones. Dichas fallas del modelo son atribuidas al tipo de presiones sociales situacionales que interviene en la presentación de la conducta y al tipo de control (actitudinal o normativo) bajo el cual se da la intencionalidad.

En el caso de la predicción y explicación de la conducta de uso del condón como método para evitar la transmisión del VIH, el modelo descrito ha dejado mucho que desear, por lo cual es común ver la interacción del modelo de la Acción Razonada con algunos otros modelos como el modelo de Autoeficacia (Bandura, 1977) y el modelo de Fases de Acción orientada a la planeación (Gollwitzer, 1990; citado en Torres y Díaz, 1999), dicha

complementariedad es propuesta por Torres y Díaz (1999) bajo el supuesto de que los elementos del modelo de acción razonada, no son determinantes en el establecimiento de conductas preventivas. La hipótesis de Torres y Díaz es considerar que después de haber una intención para el cambio de conducta, es necesario desarrollar las habilidades necesarias por medio de un entrenamiento (modelo autoeficacia) para después poder implementar estrategias de acción para una situación futura (modelo de Fases de Acción), y aunque este modelo planteado por Torres y Díaz aun no ha tenido frutos, sus autores consideran que se vislumbra como un buen predictor de conductas.

Cabe hacer mención que, según Villagran y Díaz (1999a), desde el Modelo de la Acción Razonada la evaluación de las intervenciones se han concentrado a medir cambios de conocimientos, *actitudes* o temor hacia el contagio del VIH y no se toma en cuenta la conducta (sexual, en este caso) que se quiere cambiar, suponiendo erróneamente que la consideración de un cambio de conducta está relacionada con la verdadera modificación en los patrones conductuales del individuo.

Otra fuerte crítica recae en la hipótesis de que la intención no asegura el comportamiento preventivo, la cual fue confirmada por Boldero, Moore & Rosenthal (1992) quienes encontraron que el tener una “intención a priori” y una “intención de acción”, son dos cosas diferentes ya que la primera se queda en el plano de los deseos mientras que la segunda es considerada como la intención de “hacer” y se presupone como un predictor más fuerte del uso del condón.

Además, algunos otros autores (Qu et al., 2002; Semple, Patterson y Grant, 2002; Visser y Smith, 2001; Weisman et al., 1991;) aseguran que las características de los encuentros sexuales influyen en las acciones e intenciones y por consecuencia en el uso del condón como medida preventiva en la transmisión del VIH, por ende, deben de considerarse las situaciones bajo las cuales acontece un comportamiento sexual de riesgo.