

MODELO DE CONSEJERÍA ORIENTADA A LOS JÓVENES

EN PREVENCIÓN DEL VIH Y PARA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Una guía para proveedores de primera línea

MODELO DE CONSEJERÍA ORIENTADA A LOS JÓVENES

EN PREVENCIÓN DEL VIH Y PARA PROMOCIÓN
DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Una guía para proveedores de primera línea



Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Pan Americana de la Salud.

Consejería orientada en los jóvenes para prevenir VIH/ITS y para promover la salud sexual y reproductiva: una guía para proveedores de primera línea.
Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud © 2005.
184 p.

ISBN 92 75 32615

I. Título II. Vega, Alex P. III. Maddaleno, Matilde.
IV. Mazin, Rafael

1. INFECCIONES POR VIH - prevención y control
2. EDUCACIÓN SEXUAL
3. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA - prevención y control
4. CONDUCTA SEXUAL
5. ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES
6. SALUD DE LOS ADOLESCENTES
7. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL
8. SALUD ADOLESCENTE
9. CONSEJERÍA JUVENIL

NLM WC 503.5

© 2005 Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

Autores: Alex Peter Vega, Matilde Maddaleno, Rafael Mazin.

Contribución especial: Rómulo Colindres.

Revisión Técnica. Rafael Flores, Cecilia Breinbauer, Francisca Infante, Joan Griffith, Arantzazu Urzelai Iñurritegi.

Reconocimientos especiales: Eli Coleman, B.R.Simon Rosser, R.H. McCurty and Esther Corona.

Agradecimientos especiales: Carmen Chan, R.H.Mc Curty, Javier Reyes, José María Parisi, Alexandra Hernández, Ana Patricia Rodríguez, Sarah White, John Thompson, Pedro Guardado, Sylvia Singleton y Marcela Gieminiani.

Diseño: Francis Rubin/Ultradesigns/Editor: Margaret L. Singleton

Traducción: María Fernanda Rava

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, esta publicación. Las solicitudes deberán dirigirse a la Unidad de Salud del Niño y del Adolescente, Área Salud Familiar y Comunitaria (FCH/CA).

Organización Panamericana de la Salud

525 Twenty-third Street, N.W.

Washington, D.C 20037, EE.UU

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la consideración jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

Índice



vii Prefacio

1 Los Desafíos

3 Las Oportunidades

- 5 Nota para los usuarios de la guía
- 7 Utilización de las tablas y los cuadros
- 7 Notas sobre el lenguaje
- 8 Enfoque de la consejería con base teórica
- 9 Una nota sobre teoría

10 SECCIÓN I. Sobre la consejería orientada a los jóvenes

- 11 Definición de juventud
- 12 Definición de consejería orientada a los jóvenes
- 13 Principios básicos de la consejería orientada a los jóvenes
- 16 Aptitudes del consejero orientado a los jóvenes
- 18 Lo que no es la consejería
- 20 Definición de salud sexual
- 22 Características de la salud sexual en los adolescentes
- 25 Consejería para la prevención del VIH/ITS y la promoción de salud sexual
- 27 Consejería orientada a los jóvenes
- 28 Función del consejero orientado a los jóvenes
- 28 El modelo P-LI-SS-IT para consejería sexual

36 SECCIÓN II: Normas prácticas para la consejería orientada a los jóvenes

- 37 Parte A: Conocimiento, valores, habilidades y clima para la consejería orientada a los jóvenes

- 37 *Base del conocimiento para la consejería orientada a los jóvenes*
 - 37 Sexualidad saludable de los jóvenes dentro de su contexto
 - 38 Valores y actitudes generales de los jóvenes en su comunidad
 - 38 Conocimiento del consejero de su propio cuerpo, sexualidad, capacidad de reproducción y salud sexual
 - 39 Riesgos para la salud sexual de los jóvenes
 - 41 Necesidades de la juventud marginada, oprimida y pobre de la comunidad local
 - 42 Recursos para jóvenes de las comunidades locales
 - 43 Diversidad humana y cultural
 - 43 Comprensión integral sobre “cómo cambia la gente”
 - 44 Comprensión integral sobre “cómo facilitar el cambio”
 - 44 Conocimiento sobre prevención del VIH: lo que es y no es efectivo
 - 45 Conocimiento de los marcos de prevención de la enfermedad vs. promoción de la salud sexual
 - 46 Conocimiento integral sobre la implicancia de los servicios amigables en los adolescentes
 - 50 Habilidades de los consejeros orientados a los jóvenes
 - 50 *Habilidades de comunicación*
 - 51 *Habilidades básicas para realizar consejería*
 - 51 *Habilidades de evaluación*
 - 51 *Habilidades de intervención e implementación*
 - 52 Creación de un clima propicio para la consejería orientada a los jóvenes
 - 52 *Crear un ambiente cálido y acogedor*
 - 54 *Ambiente físico*
 - 54 *Personal amistoso*
 - 54 *Prestación de servicios confidenciales*
 - 54 *Consentimiento paterno no requerido*
 - 54 *Hacer accesibles los servicios de consejería*
 - 56 *Hacer que los pares se desempeñen como proveedores y promuevan los servicios de consejería*
 - 56 *Elaborar un “mapa de ruta” para adolescentes*
 - 57 *Publicidad utilizando los medios de comunicación*
- 58 **Parte B: Proceso de consejería orientada a los jóvenes**
 - 60 *Componentes esenciales de la consejería orientada a los jóvenes, para la prevención del VIH y la promoción de la salud sexual y reproductiva*

67	<i>Fase 1: Encuentro inicial y compromiso</i>
67	Consejería orientada al cliente
67	Condiciones centrales para la consejería orientada al cliente
76	Conceptos centrales de la Perspectiva Basada en las Fortalezas
77	Conceptos centrales de la Entrevista Motivacional
79	<i>Fase 2: Evaluación de la consejería</i>
81	Preguntas básicas sobre salud sexual
87	Identificación del problema y los riesgos
87	Síntesis de la información
88	¿Qué hacer si el joven quiere hacerse la prueba de VIH?
90	<i>Fase 3: Toma de decisiones y fijación de metas de acuerdo con la edad</i>
90	Teoría de Fijación de Metas
95	<i>Fase 4: Creación de planes de acción</i>
95	La importancia de la colaboración
96	Dar pasos pequeños y realistas
96	Modelo Transteórico de Cambio (MTTC)
117	<i>Fase 5: Implementación de planes orientados a los jóvenes</i>
120	<i>Fase 6: Monitoreo del progreso y evaluación del cambio</i>
121	Parte C: El proveedor evalúa su propia consejería
129	SECCIÓN III: Literatura de apoyo a los componentes centrales del Modelo de Consejería Orientada a los Jóvenes
131	Teorías, modelos y perspectivas
131	<i>Consejería orientada al cliente: antecedentes y evidencia</i>
134	Ampliación del enfoque orientado al cliente: El Modelo Transteórico de Cambio (MTTC)
135	La efectividad del Modelo Transteórico de Cambio
137	Teoría de Fijación de Metas
138	Entrevista Motivacional
141	Material de lectura adicional para consejeros
153	Referencias

Índice de gráficos y tablas

- 23** Características modelo de los adolescentes sexualmente sanos
- 35** El modelo P-LI-SS-IT
- 49** Resumen de la base de conocimientos para la consejería orientada a los jóvenes
- 53** Ambiente propicio para la consejería
- 59** Marco conceptual para la consejería orientada a los jóvenes, en relación a su salud sexual y reproductiva
- 68** Consejeros orientados a los jóvenes
- 81** Preguntas básicas para la evaluación de la salud sexual
- 97** Hipótesis clave del Modelo Transteórico de Cambio (MTTC) según se aplica a los jóvenes
- 99** Etapas clave de cambio según se aplican a la juventud (ECC)
- 104** Diez procesos de cambio según se aplican a la juventud (PDC)
- 107** Cinco dimensiones de conductas de riesgo para identificar y estratificar el cambio de conducta
- 112** Estrategia de consejería: dar información
- 116** Claves para desarrollar intervenciones con jóvenes
- 122** Listado de consejería orientada a los jóvenes

Prefacio



Ningún joven puede crecer en las Américas a inicios del siglo XXI, sin ser afectado -directa o indirectamente- por la infección del VIH/sida. La epidemia ha cambiado la forma en que la sexualidad y las costumbres sexuales son consideradas y discutidas por la sociedad en general. No es posible negar las repercusiones negativas que tiene la infección por el VIH en la salud pública y el desarrollo humano, ya que el sida es la causa de la disminución de la esperanza de vida en algunos países del Caribe, del resurgimiento de infecciones comunes como la tuberculosis, y de un número cada vez mayor de huérfanos.

A menudo se considera a los jóvenes como un grupo expuesto al riesgo de infección por el VIH debido a su vulnerabilidad física y psíquica, así como a una propensión a adoptar comportamientos de alto riesgo y a una falta de control de los recursos y de su entorno. Si bien es cierto que los sistemas de salud reconocen la posición precaria de los jóvenes, rara vez ponen al alcance de éstos las redes de seguridad apropiadas. Gracias a los sistemas nacionales de salud pública, la mayor parte de los jóvenes de la Región de las Américas tiene en sus manos la información básica acerca de la infección por el VIH y, por consiguiente, cuenta con algunos conocimientos acerca de cómo prevenirla. No obstante, los servicios relacionados con la prevención de esta infección y la salud sexual, que son los que tienen más probabilidades de vincularse con el mundo de los jóvenes, no suelen atender las necesidades de su vida real, en la que la identidad y vida sexual están en proceso de formación.

Los proveedores de primera línea tienen una oportunidad única para llegar hasta los jóvenes y promover la prevención de la infección por VIH y la sexualidad saludable. Su posición como profesionales y expertos de salud les otorga credibilidad en las comunidades y les brinda la oportunidad para abordar abiertamente temas sobre

salud sexual que suelen ser tabú. Tanto enfermeras como médicos, trabajadores comunitarios de salud, trabajadores sociales, consejeros y profesores, están en contacto con jóvenes en forma sistemática y tienen muchas oportunidades de influir en ellos de manera positiva. La prevención de la infección por el VIH no puede confiarse solamente a un organismo, organización o dispensario especializado en cuestiones del sida. Numerosos datos demuestran que la colaboración entre los interesados directos se traduce en mejores resultados.

Esta guía ha sido desarrollada por la Unidad de Salud del Niño y del Adolescente y Unidad HIV/sida del Área de Salud Familiar y Comunitaria OPS/OMS, y es una herramienta para ayudar a que los proveedores de primera línea puedan llegar hasta los jóvenes y promover eficazmente la salud sexual. Contiene medidas y métodos fundamentados en teorías, cuyo fin es mejorar la calidad de los servicios destinados a la juventud. Es importante recalcar que para que la consejería orientada a los jóvenes sea eficaz, deberá estar acorde con el comportamiento sexual del joven, su etapa de desarrollo y su entorno. Esta guía procura, entonces, ayudar a los proveedores a que su labor de consejería sea la más adecuada según las necesidades y los deseos de los jóvenes, y les brinde a éstos la oportunidad de adquirir las aptitudes esenciales para el desarrollo de su salud sexual y reproductiva.

Mientras que este documento incluye normas, estrategias y las bases teóricas que guían la labor de consejería, el CD que lo acompaña representa una herramienta práctica complementaria. Sobre la base de la experiencia de los talleres de consejería dirigidos a los jóvenes, el CD sirve no solo para el autoaprendizaje, sino también como instrumento para enseñar el material a grupos.

La prevención de la infección por el VIH en los jóvenes es parte esencial de las iniciativas de la Región para detener y revertir la propagación de la infección por el VIH/sida, de conformidad con el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) número 6, de la Declaración del Milenio emanada de la Organización de las Naciones Unidas. La promoción de la salud sexual entre los jóvenes también contribuye al logro del objetivo 3 -favorecer la igualdad de género y empoderar a las mujeres- y del objetivo 4, que apunta a reducir la mortalidad en la niñez. Todos los países de las Américas se han comprometido a alcanzar estos objetivos en el año 2015. Para detener la propagación del VIH, es esencial la planificación estratégica a largo plazo relativa

a la prevención integral de la infección por el VIH y la colaboración entre sectores y organismos. Según se describe en el Plan Estratégico Regional para el Control de la Infección por el VIH/sida y las Infecciones de Transmisión Sexual, de la OPS, las intervenciones de prevención dirigidas a los jóvenes y a los servicios adaptados a las necesidades de éstos serán las estrategias clave para reducir nuevas infecciones en el largo plazo. En la presente guía de consejería se insta a que la promoción de la salud sexual entre los jóvenes sea una labor prioritaria en un contexto de coordinación intersectorial e interdisciplinaria. Solo mediante la atención a los grupos vulnerables y la aplicación de un enfoque integral, los países de la Región podrán intensificar con éxito la prevención y ver los beneficios representados en una reducción de la infección por el VIH en los años venideros.

Dra. Carol Vlasoff

Jefe Unidad
VIH/sida
Salud Familiar y Comunitaria
OPS/OMS

Dr. Yehuda Benguigui

Jefe Unidad
Salud del Niño y del Adolescente
Salud Familiar y Comunitaria
OPS/OMS

Los Desafíos



Todos los años, millones de adolescentes mueren a temprana edad o padecen enfermedades que podrían ser prevenidas o tratadas con intervenciones adecuadas de salud (OMS, 2003). La mitad de las personas que han contraído el VIH tienen entre 15 y 24 años de edad (ONUSIDA, 2004). Asimismo, un estudio realizado en jóvenes de México, Sudafrica y Tailandia, encontró que -con y sin experiencia sexual- ellos consideraban que estaban en el mismo nivel de riesgo para contraer el VIH, lo que demostró la necesidad de intervenciones adecuadas (Stewart, McCauley, Baker y col., 2001).

Los problemas que la juventud enfrenta hoy en día en relación con su salud sexual y reproductiva son variados y complejos. Dichos problemas se conocen y están documentados, e incluyen conductas sexuales de riesgo, embarazos no deseados y la adquisición de infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el VIH. Aunque la consejería no es la solución para todos estos problemas, es una de las intervenciones multidisciplinarias más importantes que se puede llevar a cabo por proveedores de salud o de servicios sociales en diferentes niveles. La consejería es una respuesta que trata los aspectos psicosociales de la juventud, incluyendo las emociones intensas que con frecuencia interfieren con la capacidad de los jóvenes para tomar decisiones saludables respecto a su sexualidad.

Al mismo tiempo, les ofrece la oportunidad de aprender habilidades específicas para desarrollar una sexualidad saludable, como por ejemplo, qué situaciones son las que lo ponen en riesgos de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual.

Sin embargo, aun cuando la consejería brinda la oportunidad a una persona joven de abrirse y hablar sobre sus elecciones de vida, desafíos, miedos y oportunidades, esta actividad no se desarrolla en forma aislada. La práctica de la consejería se encuentra

en la dinámica de una red de interacciones a nivel de la sociedad, que muchas veces incluye barreras sociales como racismo, sexismo, desigualdad de género, pobreza y homofobia, que restringen y constriñen las opciones de elección sobre la salud sexual y reproductiva.

Al mismo tiempo, la juventud se ve enfrentada a barreras estructurales que son resultado de políticas y leyes discriminatorias y opresivas que limitan, por ejemplo, las opciones reproductivas de las mujeres; también deben encarar la falta de infraestructura física que les ofrezca espacios seguros y saludables para su desarrollo.

La consejería, por lo tanto, se encuentra limitada. Y si bien trata de ayudar a los jóvenes a reflexionar sobre su conducta personal y a tomar decisiones que les permitan alcanzar una salud sexual plena, no se ocupa directamente de estas barreras sociales y estructurales que suelen entorpecer las decisiones de la juventud.

Es importante considerar que el consejero y el cliente -en este caso el joven que busca los servicios de un consejero- se enfrentan a la dificultad de trabajar y vivir dentro de normas sociales y culturales establecidas. Ambos viven en un medio que puede dificultar o facilitar el desarrollo de la salud sexual y reproductiva. Culturalmente, la edad de los adolescentes suele tener un papel importante en cómo son percibidos por la sociedad, en quiénes son, qué quieren y qué necesitan. La diferenciación de género, el nivel socioeconómico, la pobreza, la falta de empleo y de oportunidades de educación -así como la industria sexual y otras barreras con las que los adolescentes se enfrentan- tienen enorme importancia en el desarrollo de mecanismos de adaptación. Duncan y Cribb (1996) explican que estimular un cambio en la conducta de salud de aquellos que no poseen capacidades ni recursos para hacerlo, puede provocar angustia y daño psicológico.

Por otra parte, los proveedores de salud y los profesionales de servicios sociales necesitan desarrollar técnicas básicas de consejería y de promoción de salud. Aunque muchas veces ya están sobrecargados de casos, debieran asumir la tarea de comprometerse en la consejería orientada a los jóvenes y ofrecer, de esta forma, un paquete integral a sus clientes.

Las Oportunidades



La mayoría de los programas de salud para los jóvenes tienden a concentrarse en el cuidado prenatal, la planificación familiar y las infecciones de transmisión sexual, ignorando las medidas preventivas (OMS, 2003). Sin embargo, existen muchas oportunidades para la prevención de ITS/VIH a través de consejería individual sobre comportamiento por parte de proveedores de primera línea, como enfermeras, trabajadores sociales, médicos, profesoras, consejeros de escuelas secundarias, consejeras comunitarias, proveedores de salud y psicólogas. Estos proveedores de servicios sociales y de centros del nivel primario de atención, poseen un enorme potencial para influir en las actitudes y comportamientos de los jóvenes, ya que tienen acceso a los adolescentes en sesiones privadas durante sus intervenciones de servicios médicos o humanos, y se los considera una autoridad dentro del área de cuidado de la salud. Desafortunadamente, estos profesionales han sido -en gran medida- incapaces de asumir su potencial para la prevención efectiva del VIH y la promoción de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Coleman (2000) explica que, si bien hoy existe mayor apertura para hablar sobre temas de sexualidad en la cultura occidental, muchos proveedores de salud todavía se sienten incómodos al respecto. Cuando se compara con conductas como el tabaquismo, donde los proveedores de salud han jugado un papel reconocido en los esfuerzos de prevención en salud pública en los Estados Unidos, la consejería y educación sobre prevención del VIH se ofrece en menos de un uno por ciento en las consultas de atención primaria (Garofalo 2003). En países más pequeños de Latinoamérica y el Caribe, la oportunidad de que los proveedores de primera línea discutan la prevención del VIH y temas relacionados con la sexualidad puede ser aún

menor, si se toman en cuenta las cuestiones sociales, culturales y psicológicas que rodean a la sexualidad y el sida.

Dado que es improbable encontrar una cura o una vacuna en el futuro inmediato, y debido a que la terapia antirretrovírica continúa siendo escasa en Latinoamérica y el Caribe, los esfuerzos para controlar la epidemia del VIH deben tener como objetivo principal su prevención. Es esencial que los proveedores de primera línea reconozcan que la consejería para la prevención del VIH no requiere de habilidades sofisticadas, intervenciones psicológicas profundas ni tratamientos prolongados. La consejería sobre promoción de la salud sexual puede formar parte de una consulta habitual, de una intervención de trabajo social, o de orientación o educación sexual en escuelas secundarias, evaluando riesgos y proporcionando información en forma personal y sensitiva, lo que ayudará a modificar las conductas de alto riesgo.

Sin embargo, para integrar los servicios de salud sexual al control médico regular, es necesario aumentar los conocimientos sobre las teorías de la ciencia del comportamiento, las técnicas para brindar consejería sobre prevención y la investigación sobre métodos preventivos (Glasgow y col., 1999; Knox y col., 1999). Además, los/las profesionales necesitan aprender cómo desarrollar sus intervenciones para que sean relevantes y sensitivas, y para que respondan a las necesidades y deseos de los adolescentes y jóvenes; asimismo, deben considerar género, cultura, orientación sexual y el nivel de desarrollo del joven.

Las estrategias de consejería orientada a los jóvenes están destinadas a hacer que ellos la acepten, a pesar de que - en un primer acercamiento- no tienen ninguna intención de participar en ella. Esta práctica, propuesta por la Unidad de Salud del Niño y del Adolescente y la Unidad de VIH/sida, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), es un modelo de consejería con base teórica que enfatiza la prevención del VIH/sida y la promoción de salud sexual y reproductiva entre los jóvenes. Este modelo se nutre de marcos teóricos ya establecidos:

■ El propósito de este documento es orientar a los proveedores de servicios sociales y de salud de primera línea, sobre cómo lograr que la consejería dé mejor respuesta y sea más cordial y accesible para la juventud en las Américas (particularmente Latinoamérica y el Caribe) a través de la consejería orientada a los jóvenes. Al mismo tiempo, busca presentar un enfoque basado en la teoría para reducir la infección por VIH/ITS y promover la salud sexual y reproductiva.

- Consejería Orientada al Cliente (Carl Rogers, 1951).
- Modelo Transteórico de Cambio (MTTC), también conocido como Modelo de Etapas Clave de Cambio (ECC) y Consejería de Comportamiento (CC) (Prochaska & DiClemente, 1983).
- Teoría de Fijación de Metas (Bandura, 1977; 1997).
- Entrevista Motivacional (Millar & Rollnick, 2002); y
- Perspectivas Basadas en las Fortalezas (Saleebey, 1996; 1997).

Esta guía explica los componentes esenciales de cada teoría y cómo se aplican a la consejería de prevención en salud sexual y reproductiva. Cuando estos enfoques teóricos se utilizan en conjunto, proveen un marco para la consejería orientada a los jóvenes. Antes de utilizar esta guía, es importante que el consejero clarifique su propia orientación teórica o su propio enfoque de consejería, de manera que le encuentre sentido a la guía y le resulte utilizable en conjunto con este marco conceptual; ¿Qué tipo de orientación prefiere? o ¿Cómo puede integrar este marco conceptual a su propio estilo para hacerlo significativo?

Esta guía también ofrece normas prácticas que los proveedores de primera línea pueden adaptar. Se incluyen, además, estrategias, sugerencias y ejemplos prácticos a fin de ayudar a los proveedores a entender el modelo e implementarlo en sus lugares de trabajo. Ellos tienen, a su vez, la libertad de decidir qué partes del modelo son adaptables a su situación de trabajo individual.

Nota para los usuarios de la guía

Esta guía está destinada a profesionales en el campo de los servicios sociales y de salud que sean proveedores de primera línea y trabajen con jóvenes en Latinoamérica y el Caribe. Entre ellos, trabajadores(as) sociales, enfermeros(as), profesoras(es), consejeras(os) de escuelas secundarias, médicos, psicólogos(as) y especialistas en salud mental y en la prevención del VIH, quienes se encuentran en una posición única para interesar a los jóvenes en la prevención de las infecciones por VIH/ITS o los embarazos no deseados, o bien para cuidar a individuos jóvenes que ya están

viviendo con el VIH. Aunque no se espera que todos los proveedores sean consejeros formalmente capacitados, es preferible que cuenten con alguna capacitación, experiencia o competencia en consejería, psicología o trabajo social con gente joven.

Esta guía no pretende ser una introducción a las habilidades de consejería; solo ofrece un modelo y un enfoque conceptual con el propósito de promover la salud sexual y reproductiva, incluyendo la reducción de infecciones por VIH/ITS. Por lo tanto, esta guía es para profesionales en el campo del VIH que quieren aprender más sobre cómo hacer un trabajo efectivo de prevención, para lo cual necesitan de un marco teórico con base en literatura empírica que pueda guiar su trabajo. Estos profesionales, además, pueden expandir sus conocimientos, actitudes y habilidades (competencias) previas a fin de proveer una atención respetuosa que responda a la gente joven en América Latina y el Caribe.

Esta guía se divide en tres secciones principales; la primera ayuda a definir la consejería orientada a los jóvenes; la segunda presenta normas prácticas y consejos que pueden ayudar al proveedor de primera línea a implementar un enfoque de consejería para jóvenes dentro de su trabajo. Algunas de las normas derivan directamente de los marcos teóricos incluidos en esta sección, mientras que otras se utilizan de una manera más general en el área de salud sexual y reproductiva; y la tercera parte, que ofrece una revisión profunda de la literatura que apoya los marcos teóricos esenciales. Esta revisión se presenta para ayudar al proveedor a entender los hallazgos empíricos de los componentes teóricos del modelo. Al mismo tiempo, la discusión de la literatura refuerza las ideas y principios primordiales de los enfoques teóricos utilizados en esta guía.

Esta guía no es un libro de recetas para la prevención del VIH o para dar consejos sobre la salud sexual y reproductiva; no reemplaza la educación o la capacitación formal, ni la supervisión o la consulta profesional. Esta guía busca que los lectores la utilicen como un recurso importante para su trabajo de consejería, y ofrece a los proveedores un modelo con base científica y conceptual para lograr sus metas de promover una salud sexual y reproductiva, y prevenir el VIH/sida a través de la consejería individual.

Utilización de las tablas y los cuadros

A lo largo de esta guía, los lectores encontrarán tablas y cuadros que resumen los puntos principales de cada discusión, ofreciendo aplicaciones prácticas y los principios de los enfoques teóricos. Estas tablas y cuadros dan, además, una variedad de estrategias e ideas que los proveedores pueden utilizar en su trabajo de consejería con gente joven

Notas sobre el lenguaje

El uso de los pronombres “el” y “ella” se repite al azar a lo largo de la guía como una forma de enfatizar que los clientes jóvenes y los proveedores, tanto femeninos como masculinos, enfrentan por igual los temas de consejería sexual, anticoncepción y embarazo. Se utiliza uno de los dos pronombres en lugar de “el/ella”, dado que usar ambos hace pesada la lectura. Si esto ocurre, no significa que el tema del cual se habla esté relacionado únicamente con ese género.

El uso de la palabra “consejero” no implica que todas las personas que realizan asesoramiento sobre VIH y salud sexual y reproductiva estén profesionalmente capacitadas; la acepción se refiere a cualquier persona “que ayude”, o a un proveedor de primera línea que se involucre en el proceso de consejería o que desempeñe el papel de consejero. La consejería se puede realizar en un consultorio médico, a través del teléfono, en una oficina destinada a este propósito, en una escuela secundaria o en un centro comunitario. Los términos “consejero”, “proveedor”, “trabajador de primera línea”, “consejero orientado a los jóvenes” o “asesor”, se utilizan de manera indistinta y sin distinción de género.

La palabra “cliente” se utiliza en lugar de “paciente” para enfatizar que la consejería se ocupa de temas de desarrollo normal. También se ha elaborado una definición de consejería para diferenciarla de la psicoterapia.

Al hablar de “jóvenes” se incluye a personas entre 10 y 24 años. Si bien existen distintas necesidades, deseos y factores que afectan las vulnerabilidades y oportunidades de pre-adolescentes, adolescentes tempranos, adolescentes medios, adolescentes tardíos y jóvenes, con el propósito de facilitar la lectura de esta guía los términos “adolescentes”,

“personas jóvenes”, “clientes jóvenes” y “jóvenes” se utilizarán indistintamente. Es necesario que el proveedor tome una perspectiva de desarrollo, género y cultura para entender a las personas jóvenes en su sesión de consejería, dado que cada grupo tiene necesidades y deseos distintos frente a los cuales el consejero debe mostrarse sensible.

Enfoque de la consejería con base teórica

Por lo general, los consejeros especializados en VIH y quienes trabajan en prevención están tan inmersos en su trabajo, que acostumbran a tomar decisiones de consejería en la práctica diaria utilizando su intuición, experiencia personal y profesional, o alguna habilidad genérica que aprendieron en la escuela o en su último taller de trabajo. Si bien estas estrategias parecen funcionar a cierto nivel, a veces los proveedores se desconciertan cuando se les pregunta porqué hacen las cosas que hacen. A menudo no pueden dar un análisis razonado de la causa que los lleva a desarrollar alguna acción terapéutica durante una sesión de consejería, en comparación con el fundamento sólido

■ El propósito de este documento es orientar a los proveedores de servicios sociales y de salud de primera línea, sobre cómo lograr que la consejería dé mejor respuesta y sea más cordial y accesible para la juventud en las Américas (particularmente Latinoamérica y el Caribe) a través de la consejería orientada a los jóvenes. Al mismo tiempo, busca presentar un enfoque basado en la teoría para reducir la infección por VIH/ITS y promover la salud sexual y reproductiva.

que proviene de un enfoque basado en la evidencia.¹

Durante el desarrollo de un modelo de consejería para trabajar con jóvenes en la prevención del VIH y en salud sexual y reproductiva, se pretendió ofrecer una guía con base teórica que contara con apoyo empírico y proporcionara a los consejeros fundamentos de base científica para hacer su trabajo. En este sentido, al aplicar estas teorías los proveedores podrán entender; a) cómo la gente cambia su comportamiento y b) cómo facilitar el cambio en otros. Y en especial, serán capaces de comprender los beneficios de los distintos métodos e intervenciones de consejería y cuándo es mejor utilizarlos.

¹ Esto se refiere a tomar decisiones de consejería basadas en la mejor evidencia externa, en combinación con la experiencia clínica del proveedor y los deseos del cliente. El enfoque requiere comprender los resultados conflictivos y evaluar la calidad y el peso de la evidencia.

La guía para elegir los enfoques utilizados para este modelo se originó de una teoría y un enfoque ampliamente estudiados y que:

- Son congruentes con el punto de vista de OPS en cuanto al tratamiento de los jóvenes (desarrollo positivo de la juventud y fomento de la autonomía juvenil).
- Están abiertos a la utilización de otras teorías y enfoques o estrategias de consejería.
- Son simples, de fácil comprensión y fáciles de enseñar a cualquier grupo de profesionales de servicios de salud y servicios sociales en Latinoamérica y el Caribe.
- Se pueden aplicar a las situaciones y a la diversidad de los jóvenes de Latinoamérica y el Caribe (edad, sexo, género, orientación sexual, identidad de género, cultura, etc.).

Finalmente, se quiso armar un modelo de consejería del comportamiento basado en etapas (combinando el estadio de preparación al cliente para el cambio, con una intervención de consejería), de manera tal que el cliente pueda fijar metas realistas que puedan ser fácilmente valoradas y medidas por los consejeros, los pares y los propios clientes.

Una nota sobre la teoría

La teoría ayuda a explicar qué sucede en una relación de consejería y ayuda al proveedor a predecir, evaluar y mejorar los resultados de la misma (Brammer y Shostrom, 1977). Las teorías ayudan a entender los procesos de cambio en los clientes y a llegar a técnicas que sean útiles y efectivas para alcanzar los objetivos propuestos. De ninguna manera se presenta este marco de base teórica como “la” forma o como una “constitución” que dicte cómo se debe brindar la consejería en VIH/ITS y cómo promover la salud sexual y reproductiva. La intención no es que los proveedores acepten este enfoque teórico como LA VERDAD, y que rechacen otros abordajes significativos. Por lo tanto, adoptar esta guía sin una reflexión crítica de la propia situación de consejería sería una desventaja.



SECCION I

Sobre la consejería orientada a los jóvenes

Definición de juventud

Esta guía se centra en la juventud de Latinoamérica y el Caribe. Los adultos y los jóvenes difieren en sus comportamientos, pensamientos, procesamiento de información y desarrollo. Orientar a personas jóvenes es muy diferente a asesorar adultos. Los adultos, a diferencia de los niños y adolescentes, han desarrollado en general habilidades sofisticadas de adaptación para manejar el estrés y los problemas de la vida. Al escuchar las palabras “VIH positivo” pueden, por ejemplo, realizar una serie de asociaciones automáticas, pensar en cambios fisiológicos, controles médicos mensuales, cambios en la dieta, gastos médicos muy elevados, pérdida de control, enfermedad, manejo de la tristeza, apoyo familiar y muerte prematura.

En contraste, los adolescentes -especialmente los más jóvenes- no han desarrollado en muchos casos la capacidad para pensar en abstracto y actúan de forma concreta y orientados solo a su presente (Spain, 1998). Como consecuencia, pueden no entender con facilidad los conceptos y las causas interrelacionadas a encuentros sexuales sin protección en donde se contagian con el VIH. Por esta razón, los enfoques de consejería orientados a los adultos no suelen ser apropiados para personas jóvenes (Seenbarger citado por Sommers-Flanagan, 1997; Spain, 1988).

La Unidad de Salud del Niño y del Adolescente y la Unidad de VIH/sida de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sostienen que si los consejeros pueden aprender, entender y apreciar los principios de la consejería orientada a los jóvenes -según se aplican al desarrollo y la cultura adolescente- interactuarán después de una manera más efectiva con sus clientes.

Los jóvenes difieren en edad y etapa de desarrollo, ambiente social y geográfico, circunstancias económicas, cultura, raza, etnia, género, sexo, orientación sexual,

■ La consejería brinda a los jóvenes un espacio seguro y confidencial donde puede expresar sus emociones, tomar conciencia de sus sentimientos y la forma de manejarlos, y desarrollar una comprensión nueva y más profunda de sus elecciones, comportamientos y de ellos mismos.

■ La consejería se define como un proceso a través del cual un proveedor y un cliente joven trabajan en conjunto para explorar y definir el problema, la situación o los desafíos de la persona joven, fijan metas reales para su relación con la consejería y desarrollan enfoques para alcanzar esas metas.

discapacidades y estado civil. Si bien estos factores que afectan a cada subgrupo están más allá del alcance de esta guía, los consejeros deberían tomarlos en cuenta en sus interacciones, evaluaciones y diseño de intervenciones.

Definición de la consejería orientada a los jóvenes

La consejería ha sido definida en el modelo occidental como “un proceso interactivo que involucra a un consejero profesionalmente capacitado y a un cliente, y tiene el propósito de mejorar el nivel de funcionamiento del cliente” (Faiver, Eisengart y Colonna, 2000). En este aspecto, el consejero y el cliente trabajan en conjunto como aliados, ayudando al primero a crecer al segundo y a cambiar a través de la fijación de metas, el desarrollo de nuevas maneras de interpretar y manejar situaciones problemáticas, enseñándoles a utilizar recursos internos y externos de una manera más efectiva (ibid).

En el contexto de la salud sexual y reproductiva en adolescentes, la consejería se conceptualiza como un encuentro en donde el proveedor actúa como facilitador de cambios de comportamiento, ayudando al joven a resolver un problema en una atmósfera comprensiva. Si bien los objetivos de las relaciones y sesiones particulares de consejería variarán según las necesidades y deseos del joven cliente, el proceso está reafirmado por un enfoque cognitivo de comportamiento donde el consejero ayuda al cliente a entender su conducta de falta de adaptación y a reemplazarla con el aprendizaje de nuevas maneras de ser, a fin de resolver temas tales como la prevención del VIH/ITS, los embarazos no deseados o el manejo del sida. En este aspecto, la consejería se centra en problemas de comportamiento específicos o en desafíos en el desarrollo normal de la vida, más que en cambios de personalidad o el manejo de enfermedades mentales o patologías severas.

Los consejeros juegan un rol muy importante, estimulando y apoyando a los jóvenes a través de técnicas simples pero importantes, como escuchar con empatía mientras reflexionan en un cambio de pensamiento y de conducta. También lo puede ayudar a manejar una crisis (por ejemplo, la muerte de un miembro de la familia o la pareja, un

embarazo no deseado, un diagnóstico reciente de VIH, un divorcio o ruptura de una relación, pérdida del hogar, etc.); y a desarrollar discernimiento y conocimiento personal, que lo lleve a aprender más de sí mismo, a comunicarse, a manejar la ansiedad, el enojo, la pérdida, la ambigüedad, las emociones, a calmarse y a concentrarse cuando se encuentra bajo presión (Asociación Británica para la Consejería, 1989).

A través del proceso de toma de decisiones, el consejero puede ayudar a los jóvenes a mitigar un problema o desafío, expandir sus habilidades, restablecer un sentido de bienestar y corregir algunas conductas autodestructivas (Spain, 1988). La consejería trata con problemas que emergen en la vida cotidiana de los jóvenes, quienes frente a ellos necesitan a alguien que los escuche con empatía, que tenga información precisa sobre temas específicos—como salud sexual y reproductiva—y que pueda tener una actitud respetuosa sin juzgar sus preocupaciones.

Principios básicos de la consejería orientada a los jóvenes

- ◆ **Se centraliza en las necesidades y requerimientos de los jóvenes y adolescentes** y responde a la identidad sexual del joven (sexo de nacimiento, identidad de género, identidad sexual y rol sexual) y a su etapa de desarrollo (pre-adolescente, adolescente temprano, adolescente medio, adolescente tardío, joven). Las personas jóvenes son conceptualizadas desde una perspectiva de desarrollo, viéndose adolescencia y juventud como etapas de desarrollo normal en la vida, con sus problemas, oportunidades y posibilidades. El consejero debe conocer al joven en forma personal e individualizada para desarrollar confianza y afinidad. Muchos jóvenes evitan asistir a clínicas porque muchas veces se sienten como casos o números. La gente joven no va a compartir información si no se siente respetada y escuchada de verdad.
- ◆ **La salud es reconocida universalmente como un derecho humano.** La salud sexual y reproductiva son componentes integrales de este derecho, así como la sexualidad y el bienestar sexual del adolescente son componentes integrales de su salud. El desarrollo sexual del adolescente es una parte esencial de su crecimiento,

y la mayoría de ellos desarrollan comportamientos sexuales como parte de su desarrollo general. Los consejeros orientados a la juventud deben saber que los jóvenes son seres sexuales que van a tener experiencias sexuales; por esa razón se les debe entregar conocimiento actualizado, valores, actitudes saludables y herramientas para saber de sexualidad.

◆ **Los consejeros que brindan asesoría respetan y aceptan a los jóvenes por lo que son, no por lo que hacen.** A través del lenguaje y de la comunicación no verbal expresan consideración incondicionalmente positiva hacia la persona joven. Esto significa que el consejero no juzga la conducta del joven, aun cuando no esté de acuerdo con lo que dice o hace. Dar consejería incondicional y positiva significa ser respetuoso, auténtico, honesto, cuidadoso, interesado y saber que las personas jóvenes poseen dignidad humana y valor.

◆ **La consejería orientada en los adolescentes no da direcciones.** El consejero comprende y aprecia que el cambio de comportamiento se facilita cuando el cliente joven participa en la selección de opciones posibles para solucionar sus propios problemas y tomar sus propias decisiones y opciones. El consejero no debe subestimar el conocimiento y la capacidad de comprensión de los jóvenes para tomar decisiones informadas. Jourad (1971), explica que cuando el consejero “deja ser” a su cliente, le permite expresarse en forma libre, sin miedos, discutir sus problemas y confiar en otro ser humano en una atmósfera de confianza, su sentido de seguridad aumenta.

◆ **Los consejeros orientados a los jóvenes reconocen y utilizan las fortalezas, recursos, habilidades y estrategias de manejo de las personas jóvenes para resolver desafíos y situaciones problemáticas.** El consejero formula preguntas pertinentes que revelan las fortalezas internas y externas y las cualidades de resiliencia que poseen los jóvenes. Reconoce al joven tomando en cuenta sus metas, sueños, necesidades, deseos, fortalezas, recursos internos, apoyo familiar, barreras para el cambio y talentos, y analiza cómo la persona ha resuelto sus problemas en el pasado. Utilizando los conocimientos recolectados, el consejero construye sobre esas fortalezas identificadas para desarrollar un plan de acción junto con el cliente.

◆ **El trabajo del consejero orientado a los jóvenes se centra en las razones subjetivas del adolescente para hacer lo que hace, y se preocupa por descubrir el significado que el joven adscribe a cada situación.** De esta forma, el consejero formula preguntas abiertas para explorar el significado que hay detrás de una conducta determinada.

◆ **Los consejeros orientados a los jóvenes prestan atención a la historia particular de cada joven cliente.** Si bien los problemas y las oportunidades de cambio pueden ser similares de un cliente a otro, el consejero aprecia la singularidad y el valor individual de cada persona que ha solicitado consejería.

◆ **Los consejeros orientados a los jóvenes fijan metas específicas y reales que son adecuadas para el género y la edad de la persona joven.** Al respecto, la relación de consejería fija metas alcanzables, tiene una duración limitada y utiliza intervenciones breves que motivan el cambio. Aun cuando no siempre es posible emparejar el género del consejero con el del cliente, es importante averiguar con el cliente cómo se siente al trabajar con una persona del género opuesto. Si la respuesta no es positiva se puede referir al joven a otro consejero para facilitar afinidad y confianza. El consejero debe comprender que su género puede jugar un papel importante al momento de realizar la consejería, especialmente cuando se conversan temas de salud sexual.

◆ **Los consejeros orientados a los jóvenes ofrecen información precisa y pertinente sobre sexualidad y temas de salud sexual y reproductiva.** En el área de salud sexual, la consejería asume un papel importante pues, desmitificando mitos sexuales, proporciona información sobre sexualidad actualizada y precisa -y con base científica- así como estrategias prácticas para que la persona joven actúe considerando la nueva información y las habilidades adquiridas. Los consejeros prestan especial atención a cómo los jóvenes comprenden y procesan la información que reciben y si se sienten cómodos formulando preguntas sobre lo que han oído.

◆ **Los adolescentes necesitan de una amplia gama de servicios confidenciales sobre salud sexual y reproductiva que estén organizados para satisfacer sus necesidades específicas.** Los consejeros tienen la responsabilidad de conocer las

políticas de los servicios de salud y de consejería existentes para los jóvenes. Los países de América Latina y el Caribe cuentan con diferentes políticas respecto a la provisión de servicios de salud y de salud mental para los adolescentes. En la ausencia de políticas específicas, los consejeros pueden desarrollar folletos para educar a la juventud respecto a la naturaleza de la consejería que se ofrece y a los diferentes niveles de confidencialidad existentes.

◆ **Los consejeros de la juventud trabajan en asociación con los jóvenes y los acompañan en el proceso de cambio;** ellos no trabajan para el joven, sino con el joven. La consejería orientada a los adolescentes no da consejos, no impone puntos de vista ni opiniones y no toma decisiones por el cliente.

◆ **Los consejeros orientados a la juventud valoran la dignidad inherente de los jóvenes y su valor individual,** y conceptualizan al joven desde una perspectiva de desarrollo. Además, consideran a la adolescencia y a la juventud como una etapa normal del desarrollo, con sus problemas, oportunidades y posibilidades.

◆ **Los consejeros orientados a la juventud están al tanto de la relación de poder entre el joven y el asesor,** y tratan de minimizar ese poder a través de acciones concretas. Por ejemplo, concurren a las actividades de los jóvenes, se mezclan con ellos, se interesan por su mundo, abogan por sus preocupaciones, y hablan en favor de la legitimación de la consejería en salud sexual y reproductiva, incluyendo intervenciones de consejería y prevención.

Aptitudes del consejero orientado a los jóvenes

Las unidades de Salud del Niño y del Adolescente y de VIH/sida de la Organización Panamericana de la Salud, recomiendan **las siguientes aptitudes básicas para realizar consejería orientada a los jóvenes**, destinada a la prevención del VIH y la promoción de la salud sexual y reproductiva:

- ◆ **Conocimiento de salud sexual y reproductiva, y de sexualidad:** se extiende a lo largo de las diferentes etapas de desarrollo de adolescentes y personas jóvenes.

- ◆ **Habilidades de comunicación:** conocimiento y naturalidad en los intercambios verbales y charlas sobre sexualidad y temas de salud sexual y reproductiva en la adolescencia.

- ◆ **Habilidades para realizar entrevistas:** por ejemplo, escuchar activamente las necesidades y deseos de los adolescentes; expresar empatía; observar atentamente la conducta no verbal; dar pie a preguntas sobre salud sexual; reflexionar sobre la situación personal del cliente; desarrollar una relación o alianza terapéutica segura; crear armonía y confianza en la relación; mantener la confidencialidad, y utilizar un lenguaje apropiado que el adolescente comprenda.

- ◆ **Habilidades para evaluar:** comprender la información recolectada durante la entrevista de consejería; tener habilidad para entender los problemas y oportunidades de cambio desde la perspectiva del consejero y del cliente; tener habilidad para ver los problemas como tentativos y para compartir la evaluación de la situación con el joven cliente de manera tal que éste entienda el problema o desafío que enfrenta; poder explorar las fortalezas internas y externas del joven.

- ◆ **Habilidades de intervención:** conceptualizar la situación problemática o el desafío; identificar las oportunidades de cambio; ayudar al adolescente a desarrollar opciones y metas realistas apropiadas para su edad; motivarlo y desafiarlo en sus puntos de vista de manera adecuada; formular un modelo de conductas de salud positivas; recordar el nombre del cliente y su situación en la próxima consulta; mostrar flexibilidad; utilizar pensamiento crítico; manejar las crisis cuando ocurran; resolver problemas, y organizar.

- ◆ **Observar los códigos de ética profesional:** tener conocimiento y práctica de los principios éticos en el ámbito profesional, médico y de consejería. Cuando el

consejero se vea enfrentado a problemas éticos, debe consultar con su supervisor y con sus colegas y siempre conservar la confidencialidad del cliente.

- ◆ **Conocimiento y conciencia personal:** desarrollar un conocimiento personal profundo en términos de saber las limitaciones propias, sesgos, prejuicios, creencias religiosas y conflictos internos, y conocer cuándo es necesario referir al cliente a otro profesional que pueda trabajar efectivamente con él.
- ◆ **Reflexión personal y habilidad de evaluación:** los consejeros deben poder cuestionarse críticamente para mejorar sus conocimientos, habilidades, actitudes y efectividad. Por ejemplo, deben preguntarse: “¿Cómo me estoy desempeñando? ¿Cómo sé que lo que estoy haciendo funciona? ¿Cómo puedo mejorarlo? ¿Pedí ayuda cuando la necesité? ¿Pedí retroalimentación de mis supervisores y colegas? ¿Hice que el joven participara fijando sus propias metas? ¿Demostré sensibilidad respecto al género y la orientación sexual del joven? ¿Cuáles son mis fortalezas? ¿Cuáles son mis debilidades? ¿Utilicé un lenguaje no sexista? ¿Verifiqué cuáles eran los sentimientos del joven sobre su situación y sus decisiones? ¿Observé su comunicación no verbal?”.

Lo que no es la consejería

A diferencia de la psicoterapia, la consejería orientada a los jóvenes no brinda la oportunidad de resolver problemas o conflictos profundamente arraigados, ni reestructurar la personalidad o cambiar situaciones clave de la vida (excepto el embarazo, por ejemplo) (Spain, 1988); la consejería se centra en la necesidad de tomar una decisión sobre salud sexual y reproductiva en particular, como por ejemplo, qué método anticonceptivo utilizar o cuándo hacerse una prueba del VIH, y facilita la exploración de los sentimientos y conflictos que afectan dichas decisiones (ibid).

Aun cuando la consejería sobre asuntos de salud sexual y reproductiva imparta conocimientos e información o incluya algunas actividades de educación (leer la historia personal de una mujer que vive con el VIH, ver un video testimonial sobre una

violación, leer un folleto sobre el VIH/ITS, o conversar con una madre adolescente sobre su experiencia de tener un hijo), es diferente a ésta. La consejería comprende dimensiones afectivas (sentimientos y emociones) y preocupaciones prácticas que con frecuencia interfieren en los jóvenes que usan e internalizan los hechos y la información disponibles a través de la educación (Spain 1988). Además, la consejería proporciona un excelente espacio, y sin prejuicios, para que los adolescentes examinen sus comportamientos, las consecuencias positivas y negativas de éstos, exploren comportamientos saludables alternativos y fijen objetivos reales para un cambio a largo plazo.

Hay muchas modalidades de consejería, incluyendo la consejería individual, donde la principal interacción es entre el asesor y una persona; la consejería en grupo, donde clientes y asesores trabajan en conjunto; la consejería de pareja, donde dos personas que tienen una relación examinan en conjunto sus desafíos; y la consejería familiar, donde un asesor se reúne con una familia completa o con algunos de sus miembros. Cada tipo de consejería tiene su propia base de conocimientos, técnicas, métodos y habilidades. Al final de esta guía, la consejería orientada a los jóvenes se limitará al asesoramiento individual entre un proveedor y un cliente joven.

A continuación se describe lo que no es la consejería orientada a los jóvenes:

◆ **Psicoanálisis:** la consejería orientada a los jóvenes se centra en ayudar al adolescente a cambiar malos comportamientos o actitudes poco sanas de manera que pueda tomar decisiones y opciones más saludables sobre su salud sexual y reproductiva. No analiza las historias de la niñez del cliente, ni sus experiencias, ni sus sueños. Sin embargo, la consejería orientada a los jóvenes utiliza técnicas psicodinámicas - comúnmente usadas en la consejería general- como la secuencia cronológica, la preocupación por la comodidad del cliente, el inicio de la sesión, el estudio de la fisonomía del cliente, el respeto por los momentos de silencio, las preguntas oportunas y la clausura de la sesión.

◆ **Dar recomendaciones:** aun cuando los consejeros pueden ayudar a desarrollar o a proporcionar sugerencias u opciones alternativas para conversar con los clientes jóvenes, no recomiendan o dirigen al cliente para que éste decida sobre una alternativa en especial. Una recomendación o advertencia implica decirle a una persona lo que debe hacer o influir para que tome una acción específica, sin permitir que la persona

■ La consejería sobre salud sexual y reproductiva no es una actividad misteriosa ni compleja. Se puede realizar con la adquisición de competencias básicas (conocimientos, habilidades y actitudes) sobre salud sexual y reproductiva.

ejercite su capacidad para resolver problemas. La palabra clave de una advertencia es “debe” o “tiene que”: “Lo que usted tiene/debe hacer...”. La consejería orientada a la juventud trata de enseñar a los clientes a que analicen su situación y resuelvan sus propios problemas. De esta forma, el proceso de consejería logra dos objetivos mayores: acompaña al cliente a lo largo del proceso de solución de problemas y, simultáneamente, sirve de modelo para que problemas futuros puedan resolverse.

◆ **Tratamiento de enfermedades mentales graves:** cuando los consejeros creen que están trabajando con un joven que talvez necesite atención más especializada, pueden derivarlo al profesional adecuado. La consejería orientada a los jóvenes se centra específicamente en temas de desarrollo normal relacionados con la salud sexual y reproductiva, y no reemplaza al tratamiento psicológico o psiquiátrico intensivo de las enfermedades o trastornos mentales.

◆ **Manejo de problemas/conflictos clínicos profundamente enraizados:** la consejería orientada a los jóvenes no es lo mismo que la terapia sexual o de sexología, donde el profesional trata conductas sexuales compulsivas, problemas de erección o imposibilidad de lograr un orgasmo. Para mayor claridad acerca del papel de los proveedores orientados a los jóvenes, vea la discusión del modelo P-LI-SS-IT desarrollado por Jack Annon (1976).

■ El desarrollo sexual saludable depende de la satisfacción de necesidades humanas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

Definición de salud sexual

El término “salud sexual” no se refiere solamente a la ausencia de alguna enfermedad o disfunción sexual. La salud sexual se evidencia en la expresión libre y responsable de las capacidades sexuales que fomentan el bienestar personal y social y que

enriquecen la vida individual y social. Como tal, la salud sexual implica un sentido de control sobre el propio cuerpo, el reconocimiento de los derechos sexuales y la fuerte influencia de las características psicológicas del individuo, como por ejemplo, su autoestima y bienestar emocional y mental (OPS/WAS, 2000; Rosser, Mazin, Coleman, 2001. OMS, 2002).

El desarrollo sexual saludable depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas, como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor (WAS, 1999). El reconocimiento de los derechos sexuales es inherente a una sexualidad saludable, donde los individuos tienen derecho a la libertad sexual, privacidad, equidad, placer, y a elecciones libres y responsables. A través del proceso de consejería, los orientadores pueden estimular conductas sexuales saludables y apoyar la autoestima, así como enseñar a las jóvenes habilidades importantes de comunicación y negociación sexual que pueden mejorar su salud sexual a lo largo de su vida.

La premisa básica de la consejería orientada a los jóvenes es el reconocimiento de la vida sexual de la juventud. La gente joven tiene el derecho a recibir información sobre sexualidad y anticoncepción. Las unidades de Salud del Niño y del Adolescente y de VIH/sida, de OPS, creen que negar la sexualidad adolescente lleva a un conocimiento sexual insuficiente, lo cual contribuye a la expansión de las infecciones de transmisión sexual y a los embarazos no deseados. Los proveedores de primera línea tienen un gran potencial para realizar consejería básica y efectiva en salud sexual y reproductiva, y pueden contribuir en forma significativa al desarrollo de la sexualidad adolescente. Además, se encuentran en posiciones estratégicas en los centros de salud donde la mayoría de las personas jóvenes de Latinoamérica y el Caribe buscan atención (pública o privada, ambulatoria, centros y dispensarios de salud, puestos de salud y centros periféricos en los pueblos) y donde tienen acceso a los jóvenes y sus familias. Los trabajadores de servicios sociales y de salud cuentan con un alto grado de credibilidad en sus comunidades. La consejería sobre salud sexual y reproductiva en centros del nivel primario de atención puede mejorar los esfuerzos de prevención ya existentes en distintos países y ofrecer una oportunidad para que los adolescentes prevengan las principales infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH. De esta manera, los proveedores de primera línea juegan un rol crucial en controlar la

expansión de ITS/VIH en la creciente población adolescente, a la vez que brindan una oportunidad para el tratamiento y cuidado de aquellos con alguna ITS o que viven con el VIH. La consejería, en este aspecto, coincide con el enfoque del Manejo Integral de Enfermedades del Adolescente/Adulto (IMAI) de la OMS, y de la estrategia IMAN (Integración del Manejo de Adolescentes y sus Necesidades), de OPS, extendiendo los beneficios del cuidado esencial integral a grupos de adolescentes que, por lo general, suelen estar ignorados.

Características de la salud sexual en los adolescentes

Los consejeros orientados a los jóvenes tienen una oportunidad única para promover ciertas características en los adolescentes. Mientras su principal función es atender las necesidades, inquietudes y deseos del cliente, su labor permite también influir en los jóvenes para que desarrollen hábitos saludables. Las siguientes características se han adaptado de una serie de organismos dedicados a educar y resguardar la salud sexual de los jóvenes. Las unidades de Salud del Niño y del Adolescente y de VIH/sida, de OPS, recomiendan que los consejeros reconozcan **la naturaleza heterogénea de la población joven** y **adapten** el siguiente modelo a **su ambiente social y cultural**.

Modelo de características de un adolescente sexualmente sano

Un adolescente sexualmente sano es aquel que:

- ✦ Aprecia su propio cuerpo
- ✦ Entiende los cambios en la pubertad y los considera normales
- ✦ Busca mayor información según sea necesario
- ✦ Afirma que el desarrollo humano significa desarrollo sexual, y que éste puede o no incluir reproducción o experiencia sexual genital
- ✦ Se identifica y vive con sus propios valores
- ✦ Asume la responsabilidad por su propio comportamiento
- ✦ Se comunica de manera eficaz con su familia y sus amigos
- ✦ Comprende las consecuencias de sus propias acciones
- ✦ Distingue entre los deseos personales y los del grupo
- ✦ Asume su propia identidad sexual y respeta la de los demás
- ✦ Ve a su familia como una valiosa fuente de apoyo
- ✦ Expresa amor e intimidad de manera apropiada
- ✦ Desarrolla y mantiene buenas relaciones personales
- ✦ Exhibe aptitudes que fortalecen las relaciones personales
- ✦ Comprende cómo el patrimonio cultural -incluyendo los medios de comunicación- afecta las ideas acerca de la familia, las relaciones interpersonales, la sexualidad y la ética
- ✦ Mantiene un equilibrio apropiado entre sus roles familiares, sus responsabilidades y su necesidad creciente de independencia
- ✦ Respeta los derechos de los otros
- ✦ Interactúa con ambos géneros de manera respetuosa y apropiada
- ✦ Tiene un adulto (dentro o fuera de la familia) con quien hablar, a quien hacer preguntas y quien puede servir de modelo a imitar
- ✦ Conoce las expectativas de los padres y las propias
- ✦ Disfruta y expresa la propia sexualidad
- ✦ Disfruta de sentimientos sexuales sin tener necesariamente que actuar en ellos
- ✦ Discrimina entre comportamientos sexuales positivos y aquellos que pueden ser peligrosos para su propia persona y para el resto
- ✦ Expresa su propia sexualidad respetando los derechos de los otros
- ✦ Busca siempre nueva información para mejorar su propia sexualidad

Modelo de características de un adolescente sexualmente sano

Continúa de la p.23

- ⊕ Lleva una vida sexual de acuerdo a su edad, concensuada, honesta, placentera y protegida
- ⊕ Previene el abuso sexual y evita las relaciones manipuladoras y abusivas
- ⊕ Retrasa el inicio de las relaciones sexuales o usa contraceptivos para evitar el embarazo no deseado o contraer/transmitir una enfermedad sexual, incluido el VIH
- ⊕ Practica comportamientos que fomenten su salud, como el control de salud periódico y la identificación temprana de problemas potenciales
- ⊕ Distingue entre el amor y la atracción sexual
- ⊕ Actúa de manera consistente a sus propios valores frente a un embarazo no deseado, y busca asistencia temprana
- ⊕ Demuestra respeto hacia personas con diferentes valores sexuales
- ⊕ Ejerce responsabilidad democrática para influenciar legislaciones sobre temas sexuales
- ⊕ Evalúa la repercusión de los mensajes familiares, culturales, religiosos, médicos y sociales en los pensamientos, sentimientos, valores y comportamientos relacionados con su sexualidad
- ⊕ Promueve los derechos de todas las personas para obtener información sobre sexualidad
- ⊕ Rechaza estereotipos sobre la sexualidad de diferentes grupos
- ⊕ Educa a otros sobre sexualidad
- ⊕ Promueve la igualdad entre hombres y mujeres

Adaptado con permiso de The National Guidelines Task Force and the SIECUS Report of the National Commission on Adolescent Sexual Health. *Guidelines for Comprehensive Sexuality Education*.

Consejería para la prevención del VIH/ITS y la promoción de salud sexual

Lindahl (2001), de la Asociación Sueca para Educación sobre Sexualidad (RFSU), indica que -aunque no es algo en lo que pensemos constantemente- la sexualidad es de importancia clave en áreas como el desarrollo de la identidad, las relaciones, roles de género, matrimonio, hijos, herencia, control sobre la tierra y otras propiedades. Lindahl añade que el conocimiento y la habilidad para tener control sobre la propia sexualidad son, por lo tanto, clave para que muchas personas tengan una mejor vida.

■ Aun cuando las intervenciones médicas y educativas son esenciales para responder a las necesidades de los adolescentes en su proceso de toma de decisiones, no son respuestas suficientes para las preocupaciones del joven cliente sobre sexualidad y salud reproductiva

El desafío aparece cuando los jóvenes son inexpertos en el manejo de asuntos complicados vinculados con su desarrollo, sexualidad y con sus relaciones. En ocasiones, ellos no saben cómo tomar decisiones respecto a asuntos normales porque comprometen sentimientos que están experimentando por primera vez (Spain 1988). La sexualidad incluye sexo, género, identidad sexual y de género, orientación sexual, erotismo, apego emocional/amor, y reproducción. Esta experiencia se expresa o se vive a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones, y se

construye por medio de interacción entre el individuo y las estructuras sociales. Las charlas (sobre el ciclo menstrual, la transmisión del VIH, uso de anticonceptivos, uso del condón y lubricantes) y las intervenciones médicas (como el papanicolau, el examen para detectar ITS, la prueba ELISA u OraQuick) no son respuesta suficiente para el joven preocupado de su sexualidad y salud reproductiva (ibid).

La consejería forma parte integral de la ayuda que las escuelas, establecimientos de salud y salud mental, la comunidad y otros programas brindan a los jóvenes, debido a que les da la oportunidad para clarificar sentimientos y valores relacionados con todos los aspectos de su sexualidad como parte del proceso de toma de decisiones (Spain, 1988). A través de él, la consejería puede ayudar a los jóvenes a aliviar un problema de situación, aumentar desafíos y habilidades, devolver la sensación de bienestar y corregir comportamientos destructivos (ibid). Al respecto, la consejería para la

prevención de VIH/ITS y la promoción de salud sexual y reproductiva proporciona un medio para que los adolescentes y jóvenes comprendan sus derechos y opciones respecto a la anticoncepción, para su elección sobre cuándo y con quién tener relaciones sexuales, definir parámetros, postergar el inicio de su actividad sexual o tener relaciones sexuales seguras, y para vincularse al sistema de atención de salud y a los recursos existentes en el caso de un embarazo, parto o enfermedad.

Con el fin de comprender a cabalidad sus opciones, los jóvenes necesitan -además de servicios educacionales- programas actualizados e información objetiva, así como intervenciones médicas y de consejería. Las intervenciones médicas ofrecen los recursos para realizar exámenes físicos, ginecológicos, de mamas, pruebas de laboratorio, tratamiento médico y prescripciones necesarias. La consejería, en cambio, responde a sentimientos, valores, actitudes, fantasías, ideales, relaciones interpersonales, conflictos internos y preocupaciones prácticas relacionadas con la sexualidad. Esto facilita el proceso de toma de decisiones y cambio de comportamiento, que los acerca al logro de una salud sexual y reproductiva óptima.

Además, la consejería no solo trata la solución de problemas, sino que da la oportunidad de nutrir lo que ya está funcionando y alienta comportamientos positivos (técnicas de manejo, habilidades de comunicación asertiva, negociación sexual, relaciones saludables y apoyo familiar y comunitario). Con frecuencia, estos se denominan “factores de protección” o de “resiliencia”, que promueven la salud sexual y reproductiva al mismo tiempo que reducen las oportunidades para infecciones de VIH/ITS y embarazos no deseados. Los proveedores de servicios sociales y de salud están en una posición única en sus trabajos para alentar y promover el desarrollo integral de la juventud. En algunos casos, solo son necesarios estímulos y elogios para levantar el espíritu de los adolescentes, contactarlos con su fortaleza y promover en ellos hábitos saludables.

Consejería orientada a los jóvenes

Resultados generales y objetivos del proceso

Los objetivos generales de la consejería (Long, 1996) son las motivaciones buscadas o los resultados esperados gracias al trabajo o las actividades de ayuda. Estos dependen de cada cliente y sus cuestionamientos, y se reconocen antes de la reunión con él (ibid). Se han identificado **tres objetivos generales** en relación a la consejería orientada a los jóvenes:

- ✦ **Objetivo 1:** prevención de la infección por VIH/ITS y del embarazo no deseado entre los adolescentes de América Latina y el Caribe.
- ✦ **Objetivo 2:** promoción de salud sexual y reproductiva entre la gente joven.
- ✦ **Objetivo 3:** entrega de información científica completa y precisa, así como de consejería sobre sexualidad y salud sexual y reproductiva para la población adolescente y joven.

Los objetivos del proceso son medios, acciones o actividades (Long 1996), y pueden ser solamente medios (hablar sobre sexualidad por el gusto de conversar y discutir), o medios para un fin (hablar sobre sexualidad con el fin de que el cliente comprenda su identidad sexual). Los objetivos del proceso de consejería incluyen:

- ✦ **Objetivo 1:** facilitar el cambio de comportamiento en personas jóvenes a través de la exploración de sus actitudes, creencias y sentimientos, y aprender cómo reemplazar los comportamientos de mala adaptación con comportamientos que promueven la salud (o que orienten a comportamientos saludables).
- ✦ **Objetivo 2:** trabajar en colaboración con los clientes jóvenes para que tomen decisiones informadas con respecto a sus cuestionamientos sexuales y de salud reproductiva, incluyendo decisiones sobre anticonceptivos, pruebas de VIH/ITS, búsqueda de tratamientos médicos y psicosociales, consejería avanzada y educación o terapia intensiva, dependiendo de los resultados de la prueba y los objetivos deseados.

■ La consejería brinda a los jóvenes un espacio seguro y confidencial donde puede expresar sus emociones, tomar conciencia de sus sentimientos y la forma de manejarlos, y desarrollar una comprensión nueva y más profunda de sus elecciones, comportamientos y de ellos mismos.

- **Objetivo 3:** facilitar el proceso y la integración de la información sobre internalización de la sexualidad, y de la salud sexual y reproductiva en una forma personal y relevante que responda al género, identidad sexual y etapas del desarrollo del adolescente.
- **Objetivo 4:** proporcionar un espacio seguro y autorización para que los jóvenes discutan sus dudas, temores, ansiedades y cuestionamientos sobre sexualidad con el fin de potenciar su desarrollo sexual positivo y facilitar que disfrute de su sexualidad.

Función del consejero orientado a los jóvenes

Los consejeros orientados a los jóvenes ayudan a sus clientes a resolver de manera realista sus preocupaciones en torno de la salud sexual y reproductiva. Para lograrlo, introducen técnicas de solución de problemas y de comunicación y también información actualizada y precisa. La consejería en salud sexual y reproductiva es, por lo general, de corta duración y está centralizada en el cliente, concentrándose en la preocupación o problema inmediato.

Jack Annon (1976) desarrolló un modelo muy útil, el cual se ha adaptado para guiar los parámetros de la consejería orientada a los jóvenes. El modelo **P-LI-SS-IT** (según su sigla en inglés) de consejería sexual define roles muy específicos para los proveedores de primera línea capacitados en **desarrollar los tres pasos iniciales (P-LI-SS)**, en tanto que los terapeutas sexuales o especialistas en salud mental que se han especializado en terapia sexual/sexología, pueden proveer los cuatro pasos (**P-LI-SS-IT**).

El modelo P-LI-SS-IT para consejería sexual

El modelo P-LI-SS-IT (Permiso, Información Limitada, Sugerencias Específicas y Terapia Intensiva) simplifica el papel del consejero y ayuda a:

- Define nuestro rol como proveedores orientados a la juventud.
- Define las tareas específicas de la consejería.
- Distingue cuándo debemos educar (dar información precisa y actualizada) y cuándo deberíamos ayudar a desarrollar junto con el joven sugerencias específicas y opciones alternativas para la resolución de problemas o desafíos.
- Determina cuándo se debe derivar al adolescente a un especialista.
- Desarrolla intervenciones individualizadas para los jóvenes.

Según Annon, el primer rol del proveedor en salud sexual y reproductiva es **Dar Permiso (P)**. Muchos problemas de salud sexual y reproductiva existen porque las personas a menudo tienen conflictos y están confundidas en cuanto a lo que es aceptable y a lo que no lo es en el ámbito de las conductas sexuales. Debido a valores reli-

■ Los consejeros orientados a los jóvenes trabajan con inquietudes simples sobre sexualidad y salud reproductiva (en contraste con problemas complejos y graves), y no proveen psicoterapia intensiva por un largo período de tiempo.

■ Con frecuencia, los jóvenes creen que sus sentimientos, pensamientos o comportamientos sexuales pueden ser impropios o inmorales. El consejero debe ayudar a resolver muchos de estos conflictos, proporcionando espacios para la expresión de ellos y dando permiso para tener experiencias propias del desarrollo normal.

Ejemplo de caso: Dar Permiso

Un estudiante de 11 años se sentía muy triste y quiso ver a un consejero. Cuando el proveedor le preguntó qué le ocurría, el joven le dijo que sus amigos se reían de él en el colegio porque era demasiado pequeño y delgado, y sus amigos eran todos más grandes, altos y musculosos. Dijo que lo ridiculizaban por culpa de su estatura.

El consejero escuchó atentamente al joven cliente y respondió a su tristeza diciendo: "Debe ser muy difícil estar rodeado de chicos más grandes que se ríen de ti en el colegio. No tiene ninguna gracia que los demás se ríen de ti por tu estatura". Le preguntó al niño cómo se sentía cuando se reían de él. El joven estudiante tuvo la oportunidad de compartir sus sentimientos en un lugar seguro y cómodo, que ayudó a desarrollar una buena penetración con el asesor. Después de sintonizar con el cliente, el consejero comenzó a

Ejemplo de caso: Dar Permiso

Continúa de la p.29

normalizar sus experiencias diciendo: "¿Sabías que a tu edad es normal tener tu estatura? He notado que muchos de esos chicos no son más grandes que tú, y que los más grandes son mayores que tú. Pero me parece que aún así te sientes muy triste cuando se burlan de tu estatura y tamaño. Eso debe parecerte muy mal." Al dar al niño permiso para tener esos sentimientos y compartir sus experiencias en un espacio seguro, además de hablar de su desarrollo físico, el asesor normalizó su experiencia. El niño empezó a sentirse "normal" y le alivió saber que había otros chicos como él y que seguiría creciendo y desarrollándose. Un componente importante de esta consejería es dar permiso a los clientes para tener sus sentimientos y expresar cualquier duda, temor o ansiedad en un ambiente que no juzga y que acepta y normaliza sus emociones y experiencias. ■

giosos y culturales, las personas suelen pensar que sus sentimientos, pensamientos o conductas sexuales pueden estar equivocadas o ser inmorales. El consejero puede ayudar a resolver muchos de estos conflictos, simplemente otorgando un espacio para la expresión de estas preocupaciones (y así, legitimarlas) y concediendo permiso para tener experiencias relacionadas con el desarrollo normal. El proveedor crea un clima de bienestar y concesión y con frecuencia introduce el tema de la sexualidad, el que -por consiguiente- valida como un tema legítimo de salud.

El segundo rol que los consejeros juegan en el campo de la salud sexual y reproductiva es proveer **Información Limitada (LI)**. Muchos problemas de salud sexual y reproductiva pueden solucionarse con información básica y precisa. El conocimiento puede fortalecer a los jóvenes. Aquí es donde el rol del proveedor es similar al de un educador sexual o profesor de salud sexual: atiende preocupaciones específicas sobre la salud sexual y reproductiva e intenta corregir mitos y mala información. El consejero formula algunas preguntas clave para valorar el nivel de conocimiento del joven y determinar si necesita información precisa y con base científica. Es muy importante entender que los jóvenes pueden no procesar la información tan rápido o en forma detallada como los adultos. Por lo tanto, los consejeros formulan preguntas pertinentes para valorar qué es lo que el joven ha entendido y asimilado, y pueden pedir a sus clientes que aporten ejemplos sobre lo que acaban de hablar o que les digan qué han aprendido durante la conversación.

Por ejemplo, si el consejero se da cuenta de que el joven asintió, mostró desacuerdo o duda con un gesto, puede interrumpir la información que está compartiendo y preguntarle cómo se sintió cuando dijo eso, usando un tono de voz que no implique juicio. Los consejeros deben tener plena conciencia de que, si bien brindan información, educan a un cliente en nuevas conductas o le enseñan las consecuencias de conductas sexuales de riesgo, esto no se traduce instantáneamente en la aplicación y cambio de comportamiento, ya que las emociones y los sentimientos pueden interferir con la toma de decisiones. Por lo tanto, los consejeros exploran los sentimientos y emociones del cliente y lo “sondean” para descubrir cómo reacciona ante cierta información y cómo la procesa. De esta manera, brindar información se convierte en una cuestión muy personalizada y relevante para la realidad del joven.

■ La finalidad de la evaluación es identificar las necesidades y prioridades que llevan a dar recomendaciones, las que mejorarán la vida del cliente y ayudarán a su proceso de toma de decisiones

Ejemplo de caso: Información Limitada

Gisella, una estudiante de primer año de secundaria, pregunta a la consejera si mientras está con la menstruación tiene o no mayor riesgo de quedar embarazada o de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual sin usar preservativo. La consejera la recibe con calidez, la escucha atentamente, y contesta sus preguntas con información precisa. Le explica que sí hay riesgo de embarazo durante la menstruación y que también se está en riesgo de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual, reafirmando la importancia de utilizar preservativo -especialmente condón para prevenir infecciones de transmisión sexual, como VIH- en toda relación. Las preguntas de la consejera sobre la vida cotidiana de la joven estudiante favorecieron su apertura y posibilitaron que la joven siguiera preguntando acerca de los posibles métodos anticonceptivos. La consejera los identificó junto con la joven valiéndose de folletos explicativos. ■

El tercer rol que Annon (1976) sugiere para los consejeros es el de dar **Sugerencias Específicas (SS)**. El proveedor recopila la historia sexual o el perfil del joven cliente a través de la evaluación. Según Hood y Johnson (1991), la evaluación es una parte integral del proceso de consejería, y consiste en un modelo de cinco pasos que incluye: orientación del problema, identificación del mismo, generación de al-

ternativas, toma de decisiones y verificación. Los autores explican que la evaluación suministra información a cada paso del modelo y aumenta la sensibilidad del consejero hacia el problema; también puede ayudar a prevenir otros mayores. Vernon (1993) agrega que la evaluación aporta información tanto al cliente como al profesional que la conduce. Los procedimientos de evaluación también se utilizan para ayudar a clarificar problemas y a determinar su extensión, así como para identificar las fortalezas que pueden expandirse para mejorar el desarrollo (ibid.). Vernon explicaría más adelante que el propósito de la evaluación es identificar las necesidades y prioridades que guiarán las

■ El conocimiento puede empoderar a los jóvenes. En este momento es cuando el rol de consejero es como el de un educador sexual, abordando preocupaciones sexuales y de salud reproductiva y tratando de corregir la información equivocada. Es muy importante comprender que los clientes pueden no procesar la información con la misma rapidez o en forma tan completa como un adulto.

recomendaciones para mejorar la vida de los jóvenes clientes y asistirán en el proceso de toma de decisiones. Aplicar el Modelo P-LI-SS-IT de Annon en la evaluación de la salud sexual y reproductiva consiste principalmente en:

- Definir los temas y preocupaciones del joven cliente.
- Entender la evolución de los temas a lo largo del tiempo.
- Facilitar el entendimiento por parte del joven cliente de los temas centrales, y desarrollar con él opciones para su resolución.
- Trabajar con el joven en la formulación y desarrollo de metas y planes de resolución que sean realistas y acordes con su edad.

Ejemplo de caso: Sugerencias Específicas

Enrique, de 17 años, dice que tiene miedo a tener relaciones sexuales, aún con preservativo, desde el momento en que supo que era VIH-positivo. No ha vuelto a ir más a la cafetería de la escuela para el almuerzo porque no quiere transmitir el virus a nadie. Pide la opinión del consejero.

Éste escuchó atentamente a Enrique repitiendo sus temores y afirmaciones. La reflexión del consejero permitió a Enrique escucharse en voz alta por primera vez y darse cuenta de que el proveedor estaba verdaderamente escuchándolo. Después, el consejero le hizo algunas preguntas abiertas para estimular a Enrique a trabajar sobre sus sentimientos, y descubrió que detrás del temor de Enrique a mantener relaciones sexuales con alguien, había una gran sensación de culpabilidad por haber contraído la enfermedad, aunque él deseaba mantener

Ejemplo de caso: Sugerencias Específicas*Continúa de la p.32*

una relación íntima con su novia. Después de haber formulado preguntas como, “¿Quieres contarme más sobre ti mismo?” y “¿Qué pasó después?”, el consejero supo que Enrique había nacido con la infección. También descubrió que Enrique nunca había hablado con nadie sobre su infección, excepto con su madre.

Después de que el consejero escuchó sin juzgar y pidió aclaraciones sobre la comunicación no verbal, éste sintió que existía una relación realmente honesta entre él y Enrique. Esta confianza le permitió compartir información pertinente y con base científica sobre cómo se transmite el VIH y cómo se puede expresar la sexualidad utilizando métodos sexuales más seguros. Enrique aprendió que podía tener intimidad física con su novia y disfrutar de su sexualidad sin mantener relaciones sexuales. También aprendió que cuando estuviera preparado para tener relaciones sexuales con su novia, él podría usar preservativos y lubricantes de base acuosa. En sesiones subsecuentes, también aprendió a utilizar efectivamente un preservativo a fin de evitar roturas o uso inadecuado. ■

La Terapia Intensiva (IT), el cuarto rol elaborado por Annon, está reservado para un especialista en salud mental capacitado en terapia sexual. Aquí es donde el terapeuta provee tratamiento especializado en casos que se complican por la coexistencia de otros temas complejos, los cuales pueden incluir diagnósticos psiquiátricos como depresión, trastornos de ansiedad (incluyendo trastorno obsesivo-compulsivo), trastornos de la personalidad, abuso de sustancias o conflictos intrapersonales o interpersonales.

Los consejeros orientados a la juventud están capacitados para identificar situaciones que requieren terapia intensiva y para realizar derivaciones adecuadas a los especialistas en el área. El consejero reconoce cuando no está capacitado para proveer atención a un joven y toma la decisión de derivar a un profesional competente. La derivación va más allá de una simple llamada telefónica; incluye la identificación de un profesional adecuado, el cual -a juicio del proveedor- pueda trabajar con el cliente. Luego, el consejero debe realizar un seguimiento con el profesional o el cliente, para asegurarse de que el joven está siendo atendido.

La derivación también entra en juego cuando el consejero pone en contacto a la gente joven VIH positiva con otros sectores de apoyo al interior de la comunidad.

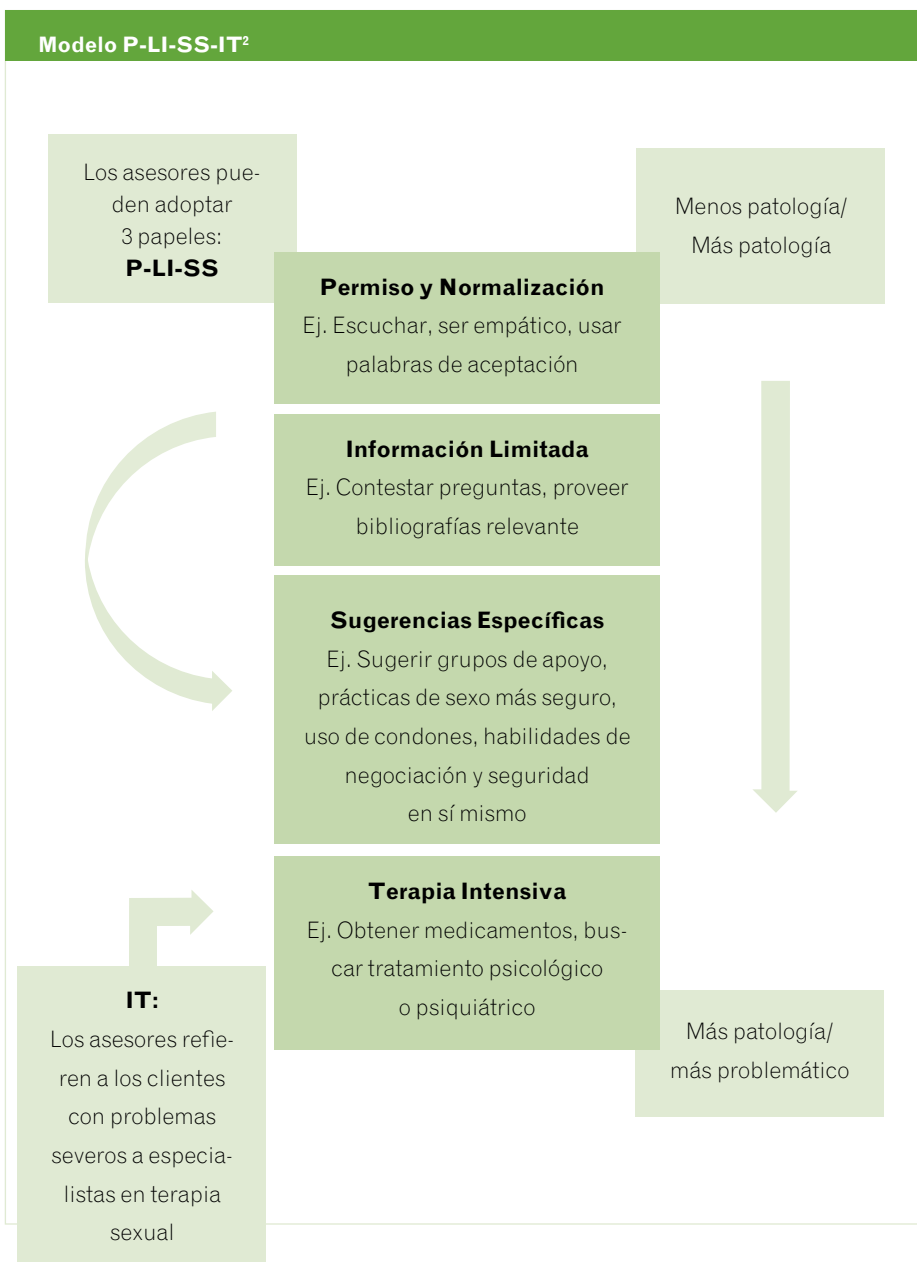
Esto incluye conectarlos con instituciones médicas que tengan acceso a terapia antirretroviral, realizar la derivación a un médico que no los juzgue y pueda proveer tratamiento para una eventual ITS u otra infección, y vincularlos con grupos de apoyo psicosocial que sean relevantes para cada caso en particular.

Derivación a Terapia Intensiva

Una adolescente de 14 años va a consultar a una enfermera en una clínica de salud. Cuando la joven ingresa a la oficina de la clínica, la enfermera nota que lleva puesto un suéter largo, aunque afuera hace mucho calor. La adolescente no habla mucho al principio. Con el propósito de desarrollar afinidad, la enfermera conversa sobre los pasatiempos de la adolescente, lo que prefiere hacer en su tiempo libre, sus actividades escolares, lo que le gusta y lo que no le gusta. La adolescente se relaja y finalmente se sienta cómodamente en una silla y descruza las piernas y brazos. La enfermera nota algunos moretones y cicatrices en sus manos y brazos, y le pregunta qué es lo que la trae ahí ese día. Ella le dice que no sabe que hacer consigo misma, porque teme lastimarse. Le cuenta que fue violada de niña y que se corta con frecuencia con navajas de afeitar y le muestra las cicatrices en los brazos y muñecas. Comienza a llorar y a gritar fuertemente y se golpea las manos y la cabeza contra la pared.

La enfermera pide ayuda y un médico le administra un calmante. Luego llama al psiquiatra local para que examine a su cliente. Realiza una derivación adecuada explicándole al psiquiatra lo que sucedió. ■

Estos tres primeros roles (P-LI-SS) expuestos por Jack Annon pueden ser manejados eficazmente por proveedores de servicios sociales y de salud de primera línea, capacitados en habilidades básicas de consejería. Los consejeros pueden realizar un aporte significativo a la prevención del VIH y del embarazo, así como al cuidado psicosocial básico para jóvenes que son VIH-positivos, utilizando estos tres primeros niveles/roles. Finalmente, los consejeros derivan a los especialistas a aquellos clientes con diagnósticos psiquiátricos, enfermedad mental grave o experiencias de vida complejas, tales como violación, abuso sexual o violencia sexual. Se ha trabajado sobre la adaptación del modelo de Annon realizada por Rosser, Mazin & Coleman (2001), y a continuación se ilustran los distintos roles y niveles del Modelo P-LI-SS-IT con el siguiente diagrama:



2 J.S. Anon (1976) *Behavioral treatment of sexual problems: Brief therapy*. Harper & Row. Nueva York: Harper Collins.



Sección II

Normas prácticas para la consejería orientada a los jóvenes

Parte A: Conocimiento, valores, habilidades y clima para la consejería orientada a los jóvenes

- ✦ Base del conocimiento para la consejería orientada a los jóvenes

Parte B: Proceso de la consejería orientada a los jóvenes

- ✦ Fase 1: Compromiso y encuentro inicial
- ✦ Fase 2: Evaluación de la salud sexual
- ✦ Fase 3: Fijación de metas acordes con la edad
- ✦ Fase 4: Creación de planes de acción
- ✦ Fase 5: Implementación de planes orientados a los jóvenes
- ✦ Fase 6: Monitoreo del progreso y evaluación del cambio

Parte A: Conocimiento, valores, habilidades y clima para la consejería orientada a los jóvenes



Base del conocimiento para la consejería orientada a los jóvenes

Los proveedores deben tener un repertorio de habilidades para participar de una consejería efectiva sobre la prevención del VIH/ITS. Al respecto, la Unidad de VIH y la Unidad de Salud del Niño y del Adolescente de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomiendan que los consejeros orientados a los jóvenes tengan conocimiento en áreas específicas. El siguiente listado de recomendaciones no es exclusivo ni exhaustivo. Los proveedores que buscan aumentar sus conocimientos, habilidades y actitudes en este campo debieran buscar más capacitación y considerar su educación como un esfuerzo de por vida.

Sexualidad saludable de los jóvenes dentro de su contexto cultural

Los consejeros necesitan tener comprensión integral de lo que es la sexualidad saludable para los adolescentes. Esto implica comprender el concepto de “salud sexual” basado en conocimientos actualizados y precisos. Sin embargo, no hay una lista universal de las características que debe tener una sexualidad saludable en adolescentes, dado que la salud y la sexualidad toman distintos significados dependiendo del contexto cultural, socioeconómico y ambiental. Se han utilizado principios del Consejo para

Información sobre Sexualidad y Educación de los Estados Unidos (SIECUS, según su sigla en inglés) como punto de partida para consideración de los proveedores. Es su responsabilidad examinar estas características y adaptarlas a su propia comunidad y país. Los consejeros pueden también utilizar el listado para ajustar las definiciones y características propias, y desarrollar su propia lista para que refleje su diversidad cultural y el contexto de la situación.

La salud sexual se manifiesta en la expresión libre y responsable de las capacidades sexuales que fomentan un bienestar personal y social armonioso. Este enfoque integrado significa que, si bien la salud sexual abarca una dimensión física como la presencia o ausencia de enfermedad, también incluye dimensiones no físicas, como la toma de conciencia y la aceptación de la propia sexualidad, la habilidad de disfrutar la sexualidad y la aceptación del cuerpo. Para alcanzar y mantener la salud sexual, es necesario que los derechos sexuales de todas las personas sean reconocidos y mantenidos.

Valores y actitudes generales de los jóvenes en su comunidad

Para responder efectiva y sensiblemente a la juventud, los consejeros deben comprender los valores culturales y sociales de los jóvenes en su comunidad. Deben sumergirse en el mundo en el cual el adolescente trabaja, juega, aprende y vive. Los consejeros están interesados en descubrir las creencias de los adolescentes sobre las ITS y el VIH, así como sus actitudes hacia el sexo y la sexualidad. Para desarrollar una mayor comprensión de los adolescentes en su comunidad, los consejeros pueden asistir a conferencias, reuniones, foros y actividades realizadas por los jóvenes. Esta inmersión en sus temas y actividades permite a los proveedores desarrollar un conocimiento más personal y profundo de las necesidades y requerimientos de los jóvenes y de los factores sociales y económicos que afectan sus elecciones frente a los temas salud.

Conocimiento del consejero de su propio cuerpo, sexualidad, capacidad de reproducción y salud sexual

Para trabajar efectivamente en el campo de la consejería se requiere un profundo auto-conocimiento. Todos hemos aprendido y desarrollado actitudes y comporta-

mientos respecto a la sexualidad. Con el fin de evitar hacer daño a los clientes, los consejeros deben evaluar continuamente sus creencias, valores y sentimientos hacia su propio cuerpo y su sexualidad. Deben esforzarse para mantener un conocimiento y evaluación personal continuos para poder proporcionar servicios de consejería éticos y sin sesgo.

Riesgos para la salud sexual de los jóvenes

Los consejeros de la juventud deben saber cuáles son los factores y conductas que ponen a la gente joven en riesgo de contraer el VIH/ITS, especialmente durante ac-

■ Es importante para los consejeros considerar los comportamientos de riesgo en el contexto de la situación cultural y socioeconómica de la comunidad donde viven los jóvenes, con el fin de ser proveedores efectivos.

tividades sexuales sin protección, violencia y uso y abuso de sustancias. Más aún, los proveedores deben entender qué factores ponen a los jóvenes VIH positivos en riesgo de transmitir el virus, desarrollar sida y reinfectarse, y conocer cómo manejan su enfermedad. También deben saber cómo buscan ayuda los jóvenes de su comunidad cuando la necesitan y cómo acceden a los servicios médicos y psicológicos. ¿Hay profesionales competentes y

solicitos trabajando con los jóvenes? ¿Qué sistemas de apoyo informal existen para jóvenes con VIH (apoyo familiar, de los vecinos, curanderos tradicionales, amigos y trabajadores de salud de la comunidad)? ¿Qué factores económicos y sociales específicos ponen a los jóvenes VIH positivos en mayor riesgo de desarrollar sida (por ejemplo, carencia de dietas nutritivas, pobreza, falta de apoyo médico adecuado)? Los consejeros para la juventud deben estar muy conscientes de las barreras que existen en sus comunidades y que obstaculizan el desarrollo de una buena salud sexual en los jóvenes, por ejemplo, acoso sexual, violencia doméstica, violaciones, coerción sexual, incesto, sexo por dinero e infecciones ITS y VIH. Con un mayor entendimiento de estos temas sociales y contextuales, los proveedores aumentan las posibilidades de brindar consejería sensible y efectiva y actúan como puentes que conectan a la juventud con los servicios médicos y sociales, sensibilizando a las organizaciones que ofrecen los principales servicios con respecto a las necesidades y requerimientos de la juventud.

Análisis de situación de los jóvenes

Además de comprender la sexualidad del adolescente, los consejeros deben aumentar sus conocimientos sobre la epidemiología del VIH e ITS entre la población joven de su comunidad y país. ¿Qué está pasando con la juventud en mi comunidad? ¿Se enfrenta la juventud de mi comunidad a la violencia, a pandillas agresivas, a violaciones, a desempleo y a la indigencia en sus vecindarios? Aun cuando es esencial reconocer estos factores, no se debe perder la perspectiva sobre las cualidades positivas, fortalezas y contribuciones de los jóvenes a la comunidad. Los consejeros analizan programas existentes en sus localidades que apoyan un desarrollo juvenil saludable. ¿Qué modelos adultos existen en la comunidad? ¿Quién le presta atención a la juventud? ¿Dónde se reúne la juventud? ¿En bibliotecas, en cafés, en las esquinas? ¿Qué tipo de actividades positivas se desarrollan en dichos lugares? Este tipo de preguntas etnográficas ayudan a los proveedores a desarrollar una comprensión equilibrada e integral de las experiencias positivas y negativas y de los factores sociales que afectan a la juventud. Más aún, los consejeros buscan respuestas a preguntas críticas, como por ejemplo, ¿Hay un espacio para mi intervención en el sistema de atención que ofrece la comunidad? o ¿Sobre qué tipo de jóvenes ejerzo mayor influencia?

Perspectivas de desarrollo

La adolescencia es un período normal del desarrollo donde a menudo ocurren “crisis normativas” en relación con “las grandes decisiones” que se toman en la vida, incluyendo la conducta y orientación sexual actual y futura. La consejería orientada a los jóvenes puede apoyarlos a tomar decisiones saludables sobre su conducta sexual y sobre cómo evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH.

Una de las lecciones más importantes que los trabajadores en prevención del VIH han aprendido en los últimos años, es que los programas de prevención del VIH deben ajustarse a las necesidades, intereses y etapas del desarrollo del grupo al cual están dirigidos. Con los jóvenes se pretende ir más allá todavía y entender sus distintas necesidades y deseos desde el punto de vista de su desarrollo. Una de las tareas más importantes que los consejeros deben lograr, si quieren tener éxito en la promoción de salud sexual y la prevención del VIH en jóvenes, es desarrollar

una relación de confianza con ellos. Si se comprenden las diferentes necesidades y deseos de la juventud desde una perspectiva de desarrollo se podrá lograr afinidad con los jóvenes, lo que permitirá hacer evaluaciones y diseñar soluciones alternativas durante la consejería.

Con frecuencia, los consejeros pertenecen a una generación, cultura, situación socioeconómica y etapa de la vida diferente a la de los jóvenes. ¿Cómo lograrán una conexión sólida con ellos si son tan distintos a sus clientes?. Un enfoque que el consejero puede utilizar es conceptualizar a la juventud desde una perspectiva de desarrollo y comprender que sus comportamientos con frecuencia son manifestaciones de cambios en su desarrollo. Utilizando preguntas y lenguaje acordes con la edad e interesándose en explorar el mundo de los jóvenes, los consejeros pueden aprender a cómo relacionarse y conectarse con ellos. Además, si ocupan un enfoque de desarrollo, los consejeros podrán ayudarse para realizar intervenciones prácticas que coincidan con la situación evaluada y la disposición hacia el cambio de parte del

■ Observar a la juventud desde una perspectiva de desarrollo ayuda a comprender cómo sus comportamientos son con frecuencia manifestaciones de tareas y cambios en su desarrollo.

joven (los proveedores deben integrar la perspectiva de desarrollo al utilizar el Modelo Transteórico de Cambio, la Teoría de Fijación de Metas y la Entrevista Motivacional en la práctica de consejería. Revisar “Cinco dimensiones de las conductas de riesgo para identificar y estructurar por etapas los objetivos del cambio de comportamiento” (Pág. 107); “Combinación de las etapas de cambio con la estrategia de consejería para MTTC de cambio” (Pág. 102);

“Estrategia de consejería: dar información” (Pág. 112); “Principios para la fijación de metas en el cambio de la conducta sexual y el programa de mantenimiento para la juventud” (Pág. 90); “Metas bien formadas”; y “Cinco principios de la Entrevista Motivacional”(Pág. 77).

Necesidades de la juventud marginada, oprimida y pobre de la comunidad local

En Latinoamérica y el Caribe, los consejeros orientados a los adolescentes deben saber que, con frecuencia, los jóvenes son marginados, ignorados, oprimidos y rechazados por la sociedad. Los proveedores deben saber de qué modo las barreras estructurales

de la sociedad, como por ejemplo las leyes que prohíben el uso de anticonceptivos, afectan las decisiones de los jóvenes en temas de salud. Asimismo, deben saber cómo los afecta la opresión, ya sea que -en el mejor de los casos- se los ignore y, en el peor, se abuse de ellos, se los critique, ridiculice y trivialicen sus necesidades. A pesar de que es muy probable que los consejeros trabajen individualmente o en grupo con los jóvenes, pueden apreciar cómo las dificultades macro, por ejemplo la pobreza y discriminación son, con frecuencia, la causa de los problemas juveniles. Los consejeros deben prestar especial atención a las minorías sexuales, incluyendo a aquellos que se reconocen homosexuales, lesbianas, bisexuales y transexuales; aquellos que cuestionan su sexualidad, y aquellos que no se identifican como homosexuales aunque tienen relaciones con personas de su mismo sexo.

Recursos para jóvenes en las comunidades locales

Los consejeros orientados a la juventud deben saber cuáles son los recursos locales disponibles para los jóvenes en la comunidad, de manera de realizar derivaciones adecuadas a otros consejeros o a organizaciones especializadas. Cuando los consejeros no tienen la experiencia necesaria en ciertos temas, derivarán a los jóvenes clientes a especialistas (por ejemplo, cuando hay problemas referidos a compulsiones sexuales, violaciones, abuso de sustancias o esquizofrenia, entre otros). Aún más, los proveedores derivarán a los jóvenes debido a temas médicos y de salud cuando necesiten obtener apoyo psicosocial sensible y cordial para, por ejemplo, un joven que tiene sida; o para una joven interesada en aprender más acerca de sus opciones reproductivas. Si el consejero es un hombre, debe saber a dónde puede derivar a una joven que desea obtener consejería de una mujer, o a qué lugar derivar a una persona que está siendo discriminada en su trabajo porque tiene VIH/sida.

Los consejeros orientados a la juventud saben cómo desarrollar relaciones sólidas con otros recursos humanos al interior de la comunidad para facilitar la transición de los jóvenes a servicios especializados. Cuando trabajan con organizaciones u otros profesionales, los proveedores aplican habilidades específicas para trabajar en red, las que involucran comunicación, desarrollo de afinidad, habilidad para establecer lazos de confianza y trabajo en equipo. Sin embargo, con frecuencia se enfrentan a la falta de infraestructura social y física que apoye a la juventud de los países de

Latinoamérica y el Caribe. Tienen entonces el desafío de construir alianzas formales e informales y sistemas de apoyo con profesionales y colaboradores de la comunidad, que creen y apoyan iniciativas de salud adolescente.

Diversidad humana y cultural

Los jóvenes son diferentes en muchos aspectos, incluyendo su nacionalidad, etnia, raza, cultura, subcultura (pandillas, por ejemplo) y camarillas sociales, y también porque pueden tener distintas necesidades, intereses y deseos. Se pueden diferenciar además en aspectos humanos individuales, como por ejemplo, edad, etapa de desarrollo y maduración (pre-adolescentes, adolescentes medios, adolescentes tardíos y jóvenes); sexo (biológicamente hombres, mujeres o intersexuales); identidad de género (hombre, mujer, transgénero); orientación sexual (homosexual, lesbiana, bisexual, jóvenes que no tienen identificación sexual y que tienen relaciones con personas de su mismo sexo, y aquellos que cuestionan su sexualidad); situación económica; habilidades y capacidades distintas físicas y mentales, y experiencias de vida (víctimas de abuso sexual, violación, trauma, delitos, violencia). Los consejeros comprenden cómo cada joven se diferencia de otro, y cómo su visión del mundo está influenciada por su fase de desarrollo, experiencias de vida y contexto social. Los proveedores adoptan una posición abierta y de exploración cuando realizan sus evaluaciones de consejería y se mantienen receptivos a la historia sexual y social del joven cliente a fin de comprender su conducta.

Comprensión integral sobre “cómo cambia la gente”

Los proveedores de la juventud que brindan consejería sobre salud sexual deben comprender de qué manera las personas cambian su conducta y cómo mantienen las nuevas. Como se mencionó anteriormente, esta guía propone un marco conceptual para guiar a los consejeros a que faciliten el cambio en los jóvenes. Este marco se apoya en el Modelo Transteórico de Cambio (MTTC), la Teoría de Fijación de Metas, la Consejería Orientada al Cliente, la Entrevista Motivacional y en las Perspectivas Basadas en las Fortalezas (para la explicación de los distintos componentes, ver sección III; para leer más sobre apoyo empírico de los componentes del modelo, ver la revisión de la literatura).

Los consejeros aplican este marco conceptual como modelo de cambio para prevenir el VIH/ITS y promover la salud sexual y reproductiva. Se reconoce que las enfermeras, médicos, trabajadores sociales, psicólogos, consejeros, educadores, trabajadores de salud pública y otros proveedores de salud aportan toda su experiencia profesional y educación formal a la consejería. Este marco conceptual se presenta para enriquecer la base de los conocimientos, no para reemplazar lo que ya saben ni lo que ya funciona en la práctica.

Comprensión integral sobre “cómo facilitar el cambio”

La naturaleza de la conducta humana es muy compleja. Un cambio de comportamiento es una tarea difícil, especialmente para los jóvenes. Por lo tanto, con el fin de facilitar cambios, una comprensión cabal de este proceso - específicamente de la consejería- es muy importante para los proveedores de la juventud. Para modificar actitudes y comportamientos relacionados con la conducta sexual, se utilizan los principios de la Consejería Orientada al Cliente, la utilidad de las Perspectivas Basada en las Fortalezas, el Modelo Transteórico (MTTC) -también conocido como “etapas del cambio”- y la Entrevista Motivacional. La aplicación de valores profesionales éticos de los servicios sociales como el trabajo social, consejería y psicología, son parte de la labor con los jóvenes.

Conocimiento sobre prevención del VIH: lo que es y no es efectivo

Debemos invertir en programas de prevención que han probado ser efectivos. La consejería orientada a los jóvenes es un enfoque integrado derivado de teorías humanistas y de comportamiento, así como de la consejería y de la práctica directa de los trabajadores sociales que han demostrado individualmente ser efectivas en facilitar un cambio de comportamiento y actitud en diversas poblaciones. Nuestro propósito es que los proveedores adapten “las mejores prácticas” y métodos como guía para su consejería con jóvenes. Este marco de trabajo y guía se presentan para acompañar al consejero en forma flexible, mientras éste utiliza otras habilidades y conocimientos relevantes y adecuados para su ámbito local de práctica. Desde esta perspectiva, los consejeros deben permanecer receptivos a los últimos hallazgos

de las investigaciones e innovaciones en el campo de prevención del VIH y en el de promoción de la salud sexual y reproductiva.

Conocimiento de los marcos de prevención de la enfermedad vs. promoción de la salud sexual

Los consejeros de la juventud deben conocer la diferencia entre el trabajo de prevención (ej. la prevención del VIH y el embarazo adolescente) y el de promoción de la salud sexual (aptitudes para mejorar el bienestar sexual, enriquecer la comunicación sexual, promover habilidades asertivas de negociación sexual). Si bien ambas actividades por lo general se superponen, constituyen diferentes hipótesis, métodos y actividades. Un diccionario sobre trabajo social (citado por Bloom, 1996) aclara la diferencia entre prevención y promoción:

Prevención: se refiere a acciones llevadas a cabo por proveedores de salud u otros para minimizar y eliminar aquellas condiciones sociales, psicológicas y otras que, se sabe, provocan o contribuyen a una enfermedad física o emocional, y algunas veces a problemas socioeconómicos. Esto implica establecer las condiciones necesarias en la sociedad que incrementen las oportunidades para que los individuos, familias y comunidades logren un desarrollo positivo (Barker citado por Bloom, 1996).

Promoción de la salud: se entiende como promover más salud y bienestar a través de la educación, nutrición, servicios sociales, etc., dirigida a la población huésped (Leavell y Clark citados por Bloom, 1996). Si bien hay ideas que se superponen cuando se examinan la prevención de enfermedades y la promoción de salud, esta última enfatiza en la necesidad de que existan “condiciones y estándares decentes de vida, buenas condiciones laborales, educación, cultura física, medios de descanso y recreación”. Por lo tanto, “la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino algo positivo, una actitud optimista frente a la vida y la aceptación de las responsabilidades que la vida nos da” (H. Sigerist, 1941).

Además, la promoción de la salud es un proceso a través del cual los individuos y sus comunidades ejercen control sobre los determinantes de la salud, mejorando así su grado de bienestar.

Conocimiento integral sobre la implicancia de los servicios amigables en los adolescentes

Los consejeros entienden el concepto de servicios amigables para adolescentes y se esfuerzan por proveer consejería en este contexto. La Federación Internacional de Planificación Familiar sostiene que "un servicio amigable hacia los jóvenes es aquel que los atrae, satisface sus necesidades de salud sexual y reproductiva y es accesible y aceptable para diferentes grupos" (adaptado con la autorización de Advocates for Youth, <http://www.youthshakers.org>).

Los servicios amigables hacia los jóvenes deben:

- ❖ Satisfacer las necesidades de todas las personas jóvenes, cualquiera sea su edad, sexo, orientación sexual, género, capacidad, creencias, religión y estilo de vida sexual.
- ❖ Estimular a mujeres y hombres jóvenes a acceder al servicio y a participar.
- ❖ Proveer un ambiente libre de obstáculos que haga que la gente joven no se sienta incomoda al usar los servicios.
- ❖ Apoyar a los jóvenes a que expresen su sexualidad de la manera que elijan.

Los consejeros están conscientes de que existen barreras para acceder a los servicios amigables para jóvenes y hacen esfuerzos para reducirlas o eliminarlas. A continuación se enumeran varias barreras, organizadas en tres categorías: barreras de instalaciones o logísticas; barreras relacionadas con el servicio o el programa; y barreras relacionadas con la actitud del proveedor (adaptado con la autorización de Advocates for Youth).

Instalaciones o barreras logísticas

- ❖ Los centros no siempre están ubicados en sitios accesibles para los jóvenes. En ocasiones, puede ser difícil para ellos recorrer largas distancias o llegar a lugares que carecen de medios de transporte público.
- ❖ La falta de privacidad en los centros, así como la falta de espacios designados exclusivamente para los jóvenes, puede ser un obstáculo.
- ❖ Las salas de espera colmadas de personas impiden que los jóvenes se sientan bienvenidos en los centros.

Barreras relacionadas con el programa o el servicio

- ✦ El alto costo de los servicios puede ser un problema, dado que muchos jóvenes no cuentan con ingresos.
- ✦ La falta de variedad en los servicios disponibles requiere que los jóvenes asistan a distintos centros para obtener los servicios, y esto los disuade de asistir.
- ✦ No tener servicios ambulatorios o requerir que los jóvenes tengan una cita para concurrir.
- ✦ No vincular la educación de los jóvenes sobre salud sexual y reproductiva con otros programas educacionales o sociales. Los jóvenes no recurrirán a los servicios si desconocen la importancia del cuidado de la salud reproductiva o si no saben dónde obtenerlo.

Barreras relacionadas con la actitud de los proveedores

- ✦ Una actitud poco amistosa o negativa de parte de los proveedores y otros adultos hacia los jóvenes que buscan servicios sobre sexualidad y salud reproductiva, es un gran obstáculo para los servicios amigables.
- ✦ Los proveedores que no toman en serio la necesidad que tienen los jóvenes de los servicios, o que tratan de disuadirlos de mantener relaciones sexuales.

Conocimientos médicos básicos sobre las ITS y salud reproductiva

Los jóvenes buscarán a los consejeros de acuerdo a sus conocimientos específicos y experiencia en temas de salud sexual y reproductiva. Los proveedores deben tener conocimientos profundos en asuntos relacionados con salud sexual y reproductiva, incluyendo las necesidades de los jóvenes respecto a temas médicos, de educación y psicología. Deben ser expertos en los factores que influyen en la vulnerabilidad de los jóvenes para contraer el VIH/ITS o en tener un embarazo no deseado. Aun más, los consejeros deben sentirse cómodos impartiendo información con una actitud desprovista de prejuicios.

Los consejeros tienen dos contribuciones importantes que hacer a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

- ✦ Ellos tienen los conocimientos y la habilidad para desarrollar un vínculo y una conexión fuerte con los adolescentes, ganando así su confianza y respeto

- para lograr una buena relación de trabajo (ver la discusión sobre Consejería Orientada al Cliente y Perspectivas Basadas en las Fortalezas, Págs. 66 -77).
- Tener los conocimientos y la habilidad para impartir información actualizada y precisa y formular preguntas de evaluación claves, de manera tal de lograr una evaluación integral de la salud sexual y manejar los temas emocionales que puedan interferir en la toma de decisiones. Ver “Normas para la evaluación con base en las fortalezas” (Pág. 76) y el cuadro de las “Cinco dimensiones de conductas de riesgo para identificar y estratificar cambios de comportamiento” (Pág. 107). También “Estrategias de consejería: dar información” (Pág. 112); “Fase 2 del proceso de consejería” (Pág. 79); y “Evaluación de la salud sexual de los jóvenes, especialmente preguntas sobre la historia sexual y extensa historia de salud sexual”(Pág. 81).

Por lo general, los jóvenes no hacen preguntas relacionadas con temas de salud sexual a sus médicos, profesores de escuela secundaria, padres o mayores por vergüenza, temor a ser juzgados o por duda de que sus preocupaciones sí se considerarán seriamente y se tratarán con respeto y confidencialidad. Por eso recurren a sus pares, quienes suelen proveer información errónea. Los consejeros inician su relación con los jóvenes “desde el punto donde están” mediante la aplicación del Modelo Transteórico de Cambio (Prochaska y DiClemente, 1983), y ven al adolescente desde una perspectiva de desarrollo y con base en sus fortalezas. Además de tener información médica actualizada sobre ITS y temas de salud sexual y reproductiva, los consejeros pueden cerrar la brecha que suele existir en los servicios sociales y de salud para adolescentes.

Finalmente, los proveedores no solo proporcionan consejería o imparten información, sino que proveen los medios para que los jóvenes tengan acceso a los anticonceptivos, condones, lubricantes, anticoncepción de emergencia (la píldora del día después) y pruebas del VIH/ITS. Los proveedores deben trabajar para cambiar las leyes y políticas en América Latina y el Caribe que prohíben acceso a la gente joven a los anticonceptivos o condones. Otras barreras incluyen la falta de dinero para comprarlos y la necesidad de una prescripción para algunos de ellos. Al respecto, los consejeros tratan de que los condones y anticonceptivos estén disponibles en

su lugar de trabajo. Esto les da la oportunidad de conversar sobre la importancia de usar anticonceptivos y condones y demostrar cómo funcionan. Al mismo tiempo, los

Resumen de los conocimientos base necesarios para la consejería orientada a los jóvenes

Influencias culturales, comunitarias y contextuales del entorno: el rol de la cultura y la religión en la sexualidad, la formación de normas culturales y su influencia en las elecciones sexuales, la falta de recursos y educación, pobreza, racismo, sexismo y homofobia, afectan las elecciones y el desarrollo sexual de los jóvenes.

Temas sociales actuales que afectan el desarrollo de los jóvenes: perspectiva personal del análisis de situación de la juventud en su comunidad.

Conocimiento de sí mismo: conocimiento personal crítico; de las motivaciones propias para dedicarse a la consejería de jóvenes; conciencia de prejuicios y sesgos hacia grupos de adolescentes; apertura al crecimiento y la supervisión; compromiso con el aprendizaje y el desarrollo.

Etapas de crecimiento y desarrollo en la adolescencia: desarrollo físico, social, moral, cognitivo y emocional de los pre-adolescentes, adolescentes tempranos, adolescentes medios, adolescentes tardíos y jóvenes.

Diferencias de género: de qué modo son los varones similares y a la vez distintos a las mujeres; roles de género; roles de sexo y su capacidad de cambio; opresión y marginalización de las mujeres y niñas.

Ciencia de la prevención efectiva del VIH: conocimientos de cómo prevenir el VIH/ITS y el embarazo adolescente.

Entrevista y evaluación: saber qué preguntas clave formular y los fundamentos para hacerlas de manera que sean cordiales y apropiadas según género y etapa de desarrollo del joven. Utilizar pensamiento crítico en el desarrollo del “cuadro” de la situación que enfrenta el adolescente.

Hacer derivaciones: cómo derivar, por qué y a quién. Temas éticos relacionados con las razones de la derivación, por ejemplo: “¿Qué hago si no me siento cómodo hablando sobre el aborto como opción con una adolescente que, sin embargo, lo solicita? El problema es que no hay otra persona en mi comunidad a quien pueda hacerle la derivación”.

Resumen de los conocimientos base necesarios para la consejería orientada a los jóvenes *Continúa de la p. 49*

Conocimiento de las leyes y políticas locales: relacionadas con la consejería sobre salud sexual y reproductiva.

Ética: saber cómo abordar temas y dilemas éticos; capacidad para buscar ayuda o supervisión ante un conflicto.

Teorías de la conducta humana: el rol de las emociones en la toma de decisiones y cambios del comportamiento, percepción y pensamientos y cómo aprenden y crecen las personas.

Teorías de cambio: cómo facilitar el cambio, funcionamiento del proceso de cambio, barreras para el cambio; terapias cognitivas del comportamiento. ■

consejeros deben conocer las políticas y leyes que regulan la provisión de métodos de control de la natalidad y la distribución de condones en sus agencias y países.

Habilidades de los consejeros orientados a los jóvenes

Los consejeros que son respetados, que agradan a los jóvenes y que son efectivos en facilitar el cambio de comportamiento, poseen algunas habilidades, actitudes y conocimientos generales de consejería que ayudan a establecer una relación de soporte hacia el joven. Se han identificado las siguientes habilidades y cualidades que pueden ayudar a los proveedores a realizar un trabajo efectivo con los jóvenes. Sin embargo, esta no es una lista exhaustiva, dado que hay muchas otras habilidades y competencias que pueden agregarse.

Habilidades de comunicación

Escuchar en forma comprometida y activa (en oposición a escuchar en forma pasiva; esto incluye responder con prontitud al joven cliente); mantener contacto visual; comprender la situación del adolescente y comunicarle este entendimiento (demostrar empatía); parafrasear, resumir, relacionar, articular y reflexionar sobre lo que el

joven comparte durante la consejería; considerar y reflexionar cuidadosamente sobre las preguntas y respuestas del adolescente; concentrarse en la sesión; responder al contenido emocional del encuentro; usar humor apropiadamente y sentirse cómodo al hablar sobre temas de salud sexual y reproductiva.

Habilidades básicas para realizar consejería y entrevistas

Pedir aclaraciones; retroalimentar de manera significativa y específica; observar y estar atento a la comunicación verbal y no verbal; establecer un ambiente de comodidad y compenetración; no juzgar; demostrar respeto utilizando lenguaje de aceptación y no de crítica; validar y responder a los sentimientos; reconocer dificultades y conflictos, dudas y temores; validar experiencias; demostrar calidez; respetar la historia del joven; mantener y proteger la confidencialidad; utilizar lenguaje que sea fácil de comprender; dar pie para obtener mayor información; mantener una disposición positiva; escuchar atentamente; demostrar respeto por los jóvenes; estar cómodo con la variedad de sentimientos y temas de los adolescentes; concentrarse en las necesidades y deseos del cliente; estar relajado y cómodo al formular determinadas preguntas.

Habilidades de evaluación

Analizar la situación; conceptualizar porqué está pasando y comprender las circunstancias; utilizar un pensamiento crítico; formular preguntas importantes y clave para obtener información sobre riesgos, preocupaciones, problemas, fortalezas internas y externas y mecanismos para manejar los problemas; mantener un criterio amplio al escuchar los problemas; evitar conclusiones apresuradas; estar abierto e interesado a las conductas y pensamientos del joven; pensar en varias posibilidades para el cambio (fuera de las soluciones tradicionales); ser flexible al pensar en la situación/problema del cliente y no depender de una sola orientación teórica; evitar diagnosticar y tomar como patológicos temas del desarrollo juvenil normal. Compartir la evaluación con el joven y ver si tiene sentido para él.

Habilidades de intervención e implementación

Desarrollar una relación de confianza y respeto con los clientes para facilitar el cambio; proporcionar apoyo y estímulo; desarrollar en conjunto estrategias y suge-

rencias prácticas; dar oportunidades para que el joven sueñe y planifique su futuro; utilizar dramatizaciones y habilidades para la solución de problemas de manera de dar oportunidades para que los jóvenes tomen sus propias decisiones (enfaticando la auto-determinación, autonomía y elección); solicitar retroalimentación y hacer seguimiento de temas y promesas.

Toma de conciencia, buena voluntad y crecimiento personal

Conocerse a sí mismo, explorar las actitudes y emociones propias; reconocer los sentimientos y valores sobre temas de salud sexual y reproductiva; estar consciente de los prejuicios; evaluar la competencia, actitudes y conocimientos propios; tener el deseo de trabajar con clientes jóvenes a fin de facultarlos, protegiendo su autonomía y auto-determinación de una manera ética y sustentadora para lograr su desarrollo.

Creación de un clima propicio para la consejería orientada a los jóvenes

Crear un ambiente cálido y acogedor

El proceso de consejería puede ser una experiencia muy intimidadora para los adolescentes, especialmente si fueron derivados al consejero por otra persona. Si bien la mayoría de los adolescentes han tenido alguna vez una consulta con un médico o una enfermera durante su infancia, muy pocos han consultado a un consejero, psicólogo o trabajador social. Por lo tanto, los primeros momentos en los cuales el adolescente ingresa al lugar o consultorio de consejería son críticos para establecer un clima de bienvenida y seguridad. Como consejeros de salud sexual y reproductiva, es aún más importante crear una atmósfera segura para discutir problemas delicados. Tres teorías (Consejería Orientada en el Cliente; Perspectiva Basada en las Fortalezas y Entrevista Motivacional) afirman que uno de los aspectos más importantes de la consejería es establecer un ambiente en el cual el adolescente se sienta fortalecido en el proceso de toma de decisiones.

Existen varias técnicas específicas que el consejero puede utilizar a fin de crear un ambiente de apoyo cordial hacia los jóvenes. Se atiende mejor al cliente si se le

entrevista solo. Si el joven está acompañado por uno de sus padres, el proveedor puede solicitar una entrevista a solas con el adolescente y, cuando lo considere apropiado, invitar al padre a participar en la sesión. La decisión de tener al padre/madre presente en la sesión depende de la situación particular que trae al joven a la consejería. El consejero debe evaluar la idiosincrasia particular de la situación, y si el adolescente quiere que el padre/madre participe en la sesión es porque así lo quiere la familia o porque está realmente interesado en invitarlos a la sesión. El consejero también puede solicitar una sesión privada con el padre/madre para dar información general sobre la naturaleza del proceso de consejería, pero no debe romper la confidencialidad sin el consentimiento del joven. Si el padre/madre insiste en saber qué pasará en la sesión, el consejero puede proveer información general sobre la consejería, sin dar ningún detalle en particular. Por ejemplo, el consejero puede decir: "Estamos trabajando sobre problemas de relaciones o manejando temas escolares o deportivos". Sin embargo, el consejero debe romper la confidencialidad e informar a los padres si el joven planea hacerse daño a sí mismo (ej. intento suicida) o a otros (ej. agredir) o huir de la casa. Por esta razón, los consejeros deben aclarar a sus jóvenes clientes al comienzo de la consejería, cuáles son los grados de confidencialidad.

Al mismo tiempo, el sitio donde se realiza la consejería debe ser un lugar privado, sin ningún tipo de distracción externa. El punto más importante con respecto al lugar de la consejería es asegurar que se conservará la privacidad. Para establecer un mejor vínculo con el joven, los consejeros deberían sentarse a su mismo nivel y evitar barreras físicas, como por ejemplo, sentarse detrás de un escritorio. Es esencial que el joven sienta que está recibiendo toda la atención del consejero. Si es posible, deben desconectarse los teléfonos hasta que finalice la sesión, y mientras el joven habla tomar el mínimo de notas posibles.

Ambiente propicio para la consejería

Privacidad para entrevistar al joven a solas (cuando sea apropiado)

Lugar privado y atractivo

Evitar distracciones externas

Evitar barreras físicas

Asegurar la confidencialidad

Ambiente físico

Los consejeros pueden permitir al adolescente relajarse en el lugar donde se brinda la consejería facilitando una silla o sofá comfortable donde pueda sentarse. Poner la silla o el sofá en una posición adyacente a la silla del consejero, en lugar de directamente frente al escritorio, crea un espacio abierto para conversar. El espacio abierto entre el consejero y el cliente puede reflejar que ambas personas están trabajando juntas en el proceso de consejería y que pueden aprender de cada uno.

Personal amistoso

Los jóvenes deben sentirse valorados y bienvenidos cuando concurren a clínicas o lugares de atención para recibir consejería. Es clave contar con personal amistoso y cordial en el área de recepción para establecer un ambiente positivo. Con frecuencia, es alguien con autoridad quien envía a los jóvenes a consejería y por eso es fácil desanimarlos; se dan media vuelta y se van, y raramente vuelven a la consejería. Si el personal que lo recibe es cordial, sensible a las necesidades de los jóvenes, los valora como miembros importantes de la sociedad, mantiene la consulta en confidencia y los trata con dignidad y respeto, contribuye al ambiente de confianza en el cual trabajan los consejeros de la juventud.

Prestación de servicios confidenciales

Según se mencionó anteriormente, la confidencialidad es una de las primeras prioridades para la orientación efectiva de la juventud. Los jóvenes deben estar seguros de que la información intercambiada se mantendrá confidencial. Mantener la confidencialidad es de suma importancia para dar seguridad al joven y que éste exprese sus problemas y preocupaciones. Los consejeros deben explicar que la política de la oficina y los requerimientos de la profesión requieren que todo lo que se discute entre el consejero y el cliente quede entre ellos, a menos que el cliente pida dar información a alguna persona específica. También es bueno mencionar que los registros de la consejería se guardan en un lugar seguro con llave al que solamente tienen acceso el consejero u otros profesionales del equipo directamente involucrados en el cuidado de los jóvenes. El joven debe saber que tiene el derecho a revisar los

registros de sus sesiones siempre que lo desee y que puede otorgar acceso a esos registros a otros, si así lo desea.

La pregunta más difícil surge cuando los consejeros deben decidir romper la confidencialidad. Las razones principales para esto son aquellos casos en que hay peligro de que el joven se dañe a sí mismo o a otros. Sin embargo, cuando el cliente es muy joven habrá instan-

■ Es necesario investigar las políticas locales del país en relación a la entrega de consejería sobre salud sexual y reproductiva, para conocer los límites que existen en la prestación de atención a los jóvenes.

cias -dependiendo de la edad y seriedad de la situación- en que los padres deben conocer qué está sucediendo. Por ejemplo, si una niña de 12 años está involucrada en el consumo de sustancias ilegales o saliendo con un hombre mayor que se sabe es peligroso, ¿Es ésta una situación donde deba romperse la confidencialidad para que los padres o guardianes estén al tanto de lo que pasa? Los consejeros deben aclarar bien cuándo pueden existir excepciones a la confidencialidad.

Consentimiento paterno no requerido

En algunas regiones de América, el consentimiento paterno/materno es requerido en ciertas circunstancias, como cuando una adolescente quiere acceder a métodos anticonceptivos. Esto sin duda representa una barrera importante para que los jóvenes asistan a servicios de consejería, donde puedan tratar temas relacionados con la salud sexual y reproductiva. Por eso, es esencial que los adolescentes tengan la libertad y espacio apropiados para acceder a estos servicios sin el consentimiento o permiso de sus padres/madres. Al mismo tiempo, los consejeros deben investigar las políticas del país en relación a la orientación en salud sexual y reproductiva, a fin de conocer los límites que existen en el suministro de atención a jóvenes. Deben averiguar cuándo corresponde que los jóvenes obtengan el permiso de sus padres/madres o guardianes para participar en el proceso de consejería, o para recibir anti-conceptivos. Los consejeros deben asumir la responsabilidad de comprender lo que las políticas nacionales exigen.

Hacer accesibles los servicios de consejería

Esto se consigue ofreciendo los servicios de manera gratuita o a un costo aceptable. Por lo general, los jóvenes no consultan con los profesionales de salud mental o

proveedores de servicios de salud debido a los altos costos involucrados. Dado que los jóvenes aún no ganan un sueldo completo, por lo general no pueden pagar las consultas con los consejeros de su comunidad. A menudo, entonces, buscan apoyo de personas accesibles, como sus amigos, vecinos o miembros de la familia. Si bien estos individuos son muy importantes para el desarrollo del joven, no suelen tener los conocimientos para proveer estrategias de salud sexual y reproductiva efectivas, incluyendo intervenciones para la prevención del VIH. Con el fin de que la consejería orientada a los jóvenes pueda darles respuesta, debe ser tan accesible para ellos como lo son estos colaboradores naturales. Si se ofrecen servicios gratuitos o se trabaja con costos variables, los jóvenes pueden tener mayor acceso a ellos.

Hacer que los pares se desempeñen como proveedores y promuevan los servicios de consejería

Existe evidencia empírica suficiente para demostrar que la gente joven está muy influenciada por sus pares. Consecuentemente, los consejeros pueden aprovechar esta oportunidad para hacer participar a jóvenes interesados en cambiar su vida y la de sus pares. Mediante la capacitación de gente joven en los valores, conocimientos y habilidades necesarias para aconsejar a otros jóvenes, pueden lograr un cambio significativo a través de la orientación de pares. Además, el consejero joven puede derivar a sus pares a un consejero adulto para tratar temas en los que él no está calificado.

Elaborar un “mapa de ruta” para adolescentes

Un tema importante para cualquier consejero orientado a los jóvenes es ayudarlos a navegar a través de los sistemas de atención de su comunidad. Muchas veces los jóvenes no saben a dónde dirigirse para pedir ayuda. Esto puede ser aún más complicado cuando se enfrentan a una crisis personal, como la que puede surgir luego de recibir un diagnóstico de VIH positivo. Al tener pleno conocimiento de los recursos locales disponibles para los jóvenes en su comunidad, los consejeros pueden ponerlos en contacto con profesionales de atención de salud y trabajadores de servicios sociales quienes les pueden brindar atención. Este proceso de derivación no se limita a decirle

al joven dónde puede recurrir para buscar ayuda, sino que implica el desarrollo de relaciones personales con otros proveedores de diferentes organizaciones, de manera que exista una fuerte red de atención y apoyo a la juventud.

Publicidad utilizando los medios de comunicación

Por lo general, en países de Latinoamérica y el Caribe la consejería es considerada como un tratamiento para personas que padecen enfermedades mentales, tienen un trastorno mental, o experimentan síntomas más severos que aquellos que caracterizan a las crisis cotidianas. Sin embargo, las personas que buscan orientación no necesariamente tienen síntomas, ni alguna enfermedad mental; solo necesitan ayuda profesional para encontrar respuestas a temas específicos, o para tomar decisiones importantes que, incluso, pueden cambiar su futuro (por ejemplo, ser padre de una adolescente difícil, resolver conflictos matrimoniales típicos). Debido a la arraigada creencia de que la consejería solo es para personas con enfermedades mentales, los jóvenes a menudo evitan recurrir a un consejero por miedo a ser estigmatizados. Consecuentemente, los consejeros pueden “publicitar” sus funciones en las escuelas y comunidades y utilizar los medios de comunicación para desacreditar mitos relacionados con la consejería. Si la consejería de pares es parte del programa de consejería general, aquellos que participan pueden ejercer una tremenda influencia en su grupo, ya que los jóvenes ven que otros como ellos se involucran en el consejería orientada a ellos y se dan cuenta de que puede ser bueno, interesante y útil.

Parte B: Proceso de consejería orientada a los jóvenes



La consejería orientada a los jóvenes se conceptualiza como un proceso centrado en un *modelo de seis pasos*:

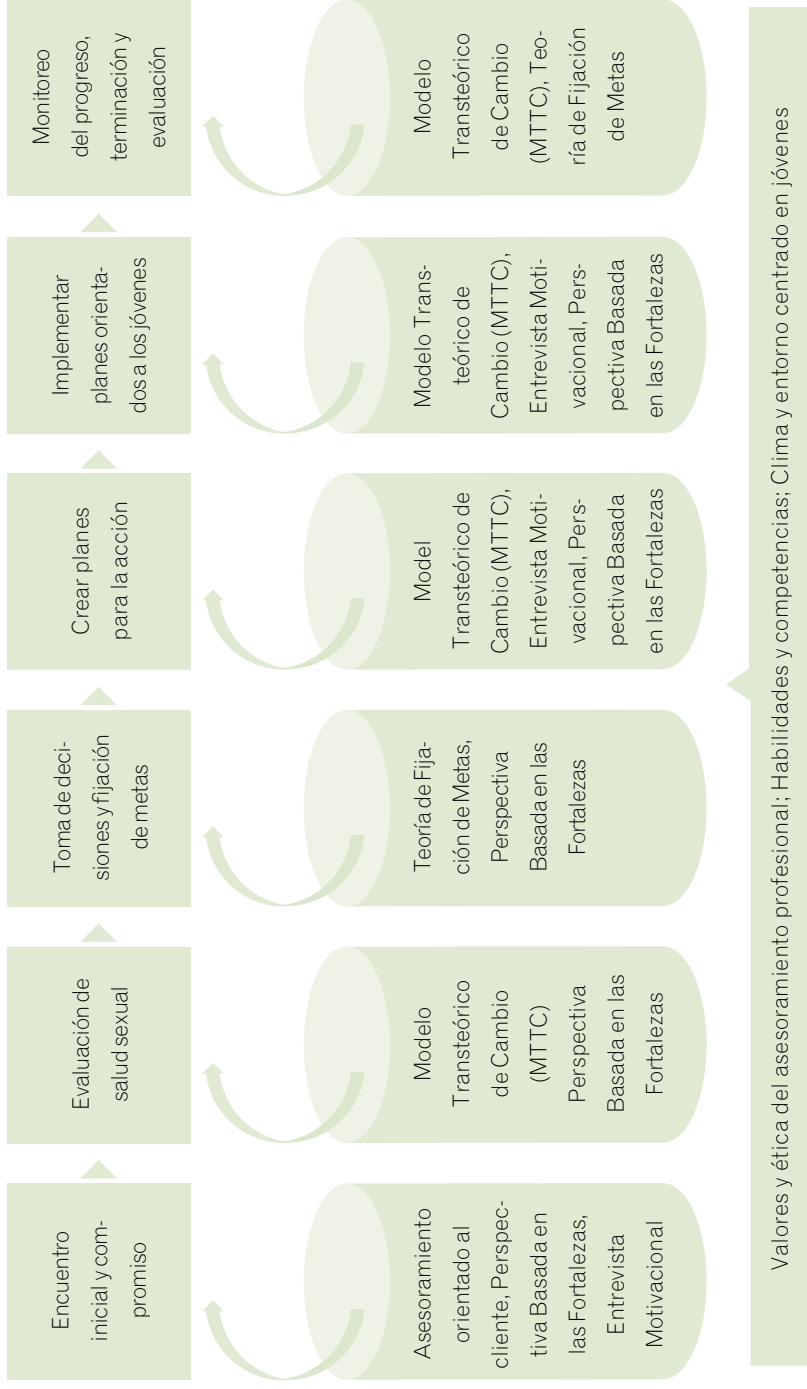
- Encuentro inicial y participación
- Evaluación o exploración de la situación o problema
- Toma de decisiones y fijación de metas apropiadas para la edad con el fin de cambiar o mantener conductas
- Elaboración de planes para la acción
- Ejecución de los planes
- Monitoreo del progreso y evaluación

■ La consejería orientada a los jóvenes se conceptualiza como un proceso centrado en el logro de objetivos.

Estos seis pasos están apoyados por varias teorías, perspectivas y modelos de consejería. Una integración de las principales hipótesis, postulados, habilidades y estrategias de estos marcos teóricos puede ayudar al proveedor a realizar una consejería que responda a las necesidades y deseos de la juventud, sea sensible a la etapa de cambio en la que se encuentra el joven y ofrezca una atmósfera segura y sin prejuicios para discutir temas de salud sexual y reproductiva delicados. Además, la integración ayuda al consejero a observar al adolescente desde la perspectiva de sus fortalezas - en lugar de utilizar un paradigma de carencias- a desarrollar metas junto con el joven cliente y a maximizar la sesión de consejería para motivar el cambio del comportamiento.

El siguiente diagrama ilustra las seis fases de la consejería orientada a los jóvenes:

Marco conceptual para la orientación sobre salud sexual y reproductiva dirigida a los jóvenes



Componentes esenciales de la consejería orientada a los jóvenes para la prevención de la infección por el VIH y la promoción de la salud sexual y reproductiva

En el cuadro que figura a continuación se describe la forma en que cada teoría, modelo y perspectiva tratada hasta ahora le proporciona al consejero los fundamentos acerca de su participación en las diferentes etapas de orientación dirigida a los jóvenes.

Bases teóricas de la consejería orientada a los jóvenes					
Enfoque	Consejería Orientada al Cliente	Teoría de Fijación de Metas (basada en la orientación conductual)	Perspectiva Basada en las Fortalezas (teoría del empoderamiento)	Modelo Transteórico de Cambio (MTTC) basado en investigación empírica y conceptos conductuales	Entrevista Motivacional (motivación y MTTC)
Teóricos principales	Carl Rogers (1951)	Albert Bandura (1977, 1997)	Dennis Saleebey (1996, 1997)	Prochaska y DiClemente (1983)	Miller y Rollnick (2002)
Visión de la naturaleza humana	Énfasis en que los jóvenes son básicamente buenos, positivos, quieren progresar y son dignos de confianza; visión fenomenológica del yo; el joven se autodirige y se orienta al crecimiento si se le dan las condiciones adecuadas.	Los cambios en el comportamiento humano dependen del aprendizaje de nuevos comportamientos; es posible cambiar comportamientos mediante la fijación de metas; las metas se fundamentan en lo que el joven quiere cambiar y en lo que espera que suceda; los jóvenes están dotados de "autoeficacia"; perciben sus capacidades para aprender, cambiar comportamientos o actuar.	Los jóvenes se definen como únicos, con rasgos, talentos, recursos y estrategias personales y resistencia para hacer frente a las dificultades, todo lo cual se traduce en puntos fuertes que pueden usarse para generar el cambio; se enfatiza en posibilidades abiertas para la elección, control, compromiso y el desarrollo personal.	Los jóvenes adoptan comportamientos intencionales; este es un modelo optimista en cuanto a la facultad de los jóvenes para modificar su comportamiento; este cambio ocurre por etapas y exige ciertos procesos; es posible eliminar los comportamientos anteriores y adoptar nuevos; el condicionamiento activo y los modelos sociales son maneras de aprender.	Las personas, incluidos los jóvenes, son responsables de elegir sus comportamientos y de iniciar el cambio; en este sentido, tienen el control de su vida y pueden tomar sus propias decisiones acerca del cambio.

Bases teóricas de la consejería orientada a los jóvenes					
Enfoque	Consejería Orientada al Cliente	Teoría de Fijación de Metas (basada en la orientación conductual)	Perspectiva Basada en las Fortalezas (teoría del empoderamiento)	Modelo Transteórico de Cambio (MTTC) basado en investigación empírica y conceptos conductuales	Entrevista Motivacional (MTTC)
Teóricos principales	Carl Rogers (1951)	Albert Bandura (1977, 1997)	Dennis Saleebey (1996, 1997)	Prochaska y DiClemente (1983)	Miller y Rollnick (2002)
Función del consejero	Recalca lo integral; facilita, se centra en la singularidad del joven; el consejero es la técnica; énfasis en la empatía personal; aceptación, concreción y autenticidad.	Consejero como maestro, codirector y facilitador; activo en las sesiones; ayuda al joven a aclarar las metas y a modificar comportamientos.	Consejero en relación de igualdad con los jóvenes; modela, enseña y evalúa los puntos fuertes de los jóvenes para descubrir su singularidad; está interesado en estudiar el punto de vista del joven, el significado de la situación y la oportunidad que brinda.	El consejero hace preguntas para evaluar el riesgo y así recabar información; analiza las metas de los jóvenes; evalúa la información y determina si el joven está listo para el cambio; hace coincidir la etapa de cambio del joven con una intervención de salud sexual.	El consejero brinda un clima seguro (no emite juicios de valor, apoya) para hablar de asuntos de salud sexual; ayuda a los jóvenes a entender que son responsables y capaces de cambiar.

Continúa de la p.61

Continúa de la p.62

Bases teóricas de la consejería orientada a los jóvenes

Enfoque	Consejería Orientada al Cliente	Teoría de Fijación de Metas (basada en la orientación conductual)	Perspectiva Basada en las Fortalezas (teoría del empoderamiento)	Modelo Transteórico de Cambio (MTTC) basado en investigación empírica y conceptos conductuales	Entrevista Motivacional (motivación y MTTC)
Teóricos principales	Carl Rogers (1951)	Albert Bandura (1977, 1997)	Dennis Saleebey (1996, 1997)	Prochaska y DiClemente (1983)	Miller y Rollnick (2002)
Objetivos de la consejería	Autoanálisis; apertura al propio yo y a los otros; orientación autodirigida y realista; joven más dispuesto a la aceptación de sí mismo, de los demás y del entorno; la orientación hace hincapié en el aquí y el ahora.	Ayuda al joven a formular y alcanzar metas y submetas concretas; prepara las tareas y los trabajos con la persona joven.	Estudia la situación actual de la persona joven; en especial sus puntos fuertes, recursos y sus maneras de hacer frente a las situaciones difíciles; analiza una gama de opciones y soluciones a la situación del joven; la orientación se centra en que la persona siga adelante con su vida, reafirme y desarrolle sus valores y compromisos, se integre a una comunidad o sea una comunidad.	Hace coincidir diferentes métodos de intervención con personas en diferentes etapas de cambio; ayuda a los jóvenes a que consideren los aspectos favorables y desfavorables de un cambio particular de comportamiento; ayuda a crear autoeficacia (aumento de la confianza y disminución de la tentación).	Establece una armonía terapéutica. Discute el comportamiento actual y las metas valoradas por el joven; toma decisiones acerca del cambio de comportamiento; colabora y negocia soluciones; infunde esperanza.

Bases teóricas de la consejería orientada a los jóvenes					
Enfoque	Consejería Orientada al Cliente	Teoría de Fijación de Metas (basada en la orientación conductual)	Perspectiva Basada en las Fortalezas (teoría del empoderamiento)	Modelo Transteórico de Cambio (MTTC) basado en investigación empírica y conceptos conductuales	Entrevista Motivacional (motivación y MTTC)
Teóricos principales	Carl Rogers (1951)	Albert Bandura (1977, 1997)	Dennis Saleebey (1996, 1997)	Prochaska y Diclemente (1983)	Miller y Rollnick (2002)
Técnicas de orientación	Aceptación, aclaración; reflejo de sentimientos; uso de empatía, mirada positiva, congruencia, autorrevelación; escucha activa/pasiva; preguntas/afirmaciones flexibles; síntesis.	Escuchar de manera considerada; aclaración de valores, deseos, necesidades y metas; énfasis en contratos de intervención, específicos y concretos; utiliza tareas y trabajos; enmarca el comportamiento en cuanto a desarrollo de aptitudes; uso de refuerzo positivo, negativo.	“Cuestionamiento” clave sobre lo que está funcionando con los jóvenes; franqueza e indagación; aceptación de la singularidad del joven; énfasis en las relaciones; utiliza ejemplos incongruentes para destacar puntos fuertes de los jóvenes y de la situación.	Aumento de la concienciación; alivio mediante dramatización; reevaluación ambiental; autoevaluación; auto-liberación; manejo del refuerzo; ayuda de las relaciones; contraindicionamiento; control de estímulos.	Capacidad para escuchar y expresar reflexiones; crea conciencia sobre las consecuencias; explora las razones de los jóvenes para cambiar; evita las discusiones; utiliza al joven como un recurso valioso para encontrar soluciones; centrada en comportamientos.

Continúa de la p.63

Continúa de la p.64

Bases teóricas de la consejería orientada a los jóvenes

Enfoque	Consejería Orientada al Cliente	Teoría de Fijación de Metas (basada en la orientación conductual)	Perspectiva Basada en las Fortalezas (teoría del empoderamiento)	Modelo Transteórico de Cambio (MTTC) basado en investigación empírica y conceptos conductuales	Entrevista Motivacional (motivación y MTTC)
Teóricos principales	Carl Rogers (1951)	Albert Bandura (1977, 1997)	Dennis Saleebey (1996, 1997)	Prochaska y DiClemente (1983)	Miller y Rollnick (2002)
Fortalezas	Teoría de franqueza y evolución, aplicable a una gama amplia de situaciones y problemas humanos; tratamiento a corto plazo; eficacia con paraprofesionales y otros proveedores de salud y servicios sociales; visión positiva de la naturaleza humana.	Énfasis en los comportamientos, centrada en el aquí y el ahora; abundancia de procedimientos disponibles; basada en la teoría del aprendizaje; consejeros bien organizados y bien investigados; aumenta continuamente en complejidad; puede combinarse con otras teorías, especialmente las cognoscitivas.	Conceptualiza a los jóvenes como un recurso y no como un problema; no pasa por alto problemas e inquietudes pero los coloca en la perspectiva de todo lo que sucede en la vida de los jóvenes; teoría apoyada por una psicología positiva y centrada en las soluciones y en crear opciones y posibilidades en vez de comportamientos que generan trastornos.	Apoyo empírico de que el cambio de comportamiento en relación con la salud ocurre en etapas; es adaptable a grupos culturales diversos; modelo sencillo y fácil de enseñar a profesionales, proveedores de salud y en servicios sociales; se ha aplicado a la prevención y la orientación sobre la infección por el VIH; no solo ve a las personas en diferentes etapas, sino que proporciona una guía para intervenciones específicas por etapas; apoyada por la teoría conductual e investigación.	Proporciona clima seguro (no emite juicios de valor, apoya, es confidencial y sensible) para forjar una relación de confianza; orientación no directa, ya que alienta a los jóvenes a que sean conscientes de sus opciones y consecuencias posibles, y brinda las condiciones para que puedan tomar sus propias decisiones; los jóvenes participan en el proceso de solución de problemas.

Continúa de la p.65

Bases teóricas de la consejería orientada a los jóvenes					
Enfoque	Consejería Orientada al Cliente	Teoría de Fijación de Metas (basada en la orientación conductual)	Perspectiva Basada en las Fortalezas (teoría del empoderamiento)	Modelo Transteórico de Cambio (MTTC) basado en investigación empírica y conceptos conductuales	Entrevista Motivacional (motivación y MTTC)
Teóricos principales	Carl Rogers (1951)	Albert Bandura (1977, 1997)	Dennis Saleebey (1996, 1997)	Prochaska y Diclemente (1983)	Miller y Rollnick (2002)
Limitaciones	Falta de concreción; funciona mejor en jóvenes con facilidad para expresarse, inteligentes; pasa por alto las tendencias inconscientes e innatas; se ocupa de temas superficiales.	Se basa en la racionalidad del cambio; el comportamiento sexual es complejo, influenciado por la biología, la psicología, la sociedad y el entorno.	Es visto como pensamiento positivo disfrazado; reemarca la miseria; fantasía; pasa por alto la realidad; no se trata de un modelo establecido.	No se ocupa del joven en su totalidad, solo de su comportamiento; puede aplicarse mecánicamente; a veces dificulta el "hacer"; las técnicas pueden ser obstáculos.	Énfasis marcado en ámbitos cognoscitivos; algunos jóvenes pueden preferir una orientación que los guíe más.

Fuente: Adaptado con el permiso de Gladding (1992). *Counseling: A Comprehensive Profession* (2.a edición). Nueva York: Macmillan Publishing Company.

En la siguiente sección se describen brevemente las características esenciales de cada teoría, modelo o perspectiva, y se explica cómo se aplican a los seis pasos de la consejería para la salud sexual y reproductiva.

Fase 1: Encuentro inicial y compromiso

Consejería orientada al cliente

La consejería orientada al cliente es un proceso que le permite a un individuo expresar sus problemas y resolver dificultades con una mínima dirección del consejero. Desarrollado primero por Carl Rogers (1951), este enfoque reduce la resistencia de los clientes jóvenes, permitiéndoles controlar el contenido y el ritmo de la consejería. Además, proporciona un espacio donde el joven puede adquirir información y discutir los pros y los contras de las opciones disponibles, en un contexto relativamente libre de presiones.

Condiciones centrales para la consejería orientada al cliente

Rogers indica que un consejero efectivo tiene cuatro características y que éstas son más importantes que la filosofía, teoría o técnica utilizada. La primera característica a la que Rogers se refiere es **la autenticidad, realidad o congruencia**, en la cual el consejero no debe aparentar una fachada profesional a fin de aumentar la posibilidad de que el joven colabore y responda. La segunda característica es la **empatía**, que requiere que el consejero se ponga en el lugar del cliente, llegue a la mayor comprensión posible de su problema y sea sensible hacia cómo se siente el joven en cuanto a aprender nuevas conductas. En consecuencia, el consejero debe comunicar de manera clara su comprensión al joven cliente.

La tercera característica consiste **en la capacidad de aprender del joven cliente**. Esta implica que el joven es experto en lo que concierne a sí mismo, y el consejero es experto solo en mantener su actitud en la relación con el cliente de manera que el joven pueda expresarse sin miedo a ser juzgado. Por lo tanto, un

consejero eficaz debe ser un buen oyente. Finalmente, el consejero debe tener una **disposición incondicionalmente positiva respecto al joven**, lo que significa que debe ser positivo, no tener prejuicios y aceptar al joven como es en ese momento en particular, aun cuando no apruebe su conducta. De esta discusión teórica podemos derivar algunas competencias que deben tener los consejeros juveniles, las que se resumen a continuación:

Consejeros orientados a los jóvenes

Son auténticos, reales o congruentes (el consejero es él mismo en la relación de consejería).

Tienen empatía y comprenden de manera precisa los sentimientos e inquietudes personales del cliente, y se lo comunican. El consejero está en sintonía con lo que se ha dicho (contenido) y cómo se ha dicho (sentimientos, comunicación no verbal). El consejero siente los sentimientos experimentados por el cliente y se lo comunica para facilitar que éste entienda su propia experiencia.

Están muy atentos a respetar y proteger la autonomía y la dirección personal del joven. El consejero está totalmente comprometido en la tarea de alimentar la autodeterminación. El consejero comprende que su función es proporcionar un espacio importante para la discusión de temas relacionados con la vida: no para dar asesoramiento y dirección a la vida de alguien.

Tienen una actitud incondicionalmente positiva hacia el joven (lo aceptan como es) y conocen su humanidad. El consejero no condiciona ni tiene expectativas sobre el cliente. Este clima de aceptación es favorable para facilitar el cambio.

Después de haber identificado estas cualidades es importante tener en cuenta que lo que realmente importa es el cliente joven. No importa cuántas técnicas y métodos hemos aprendido en los adiestramientos o en libros especializados; lo fundamental es nuestro profundo respeto hacia el cliente joven y nuestra relación auténtica con él. Jourard (1971), un psicólogo e investigador en autorrevelación, explica que en sus inicios como terapeuta descubrió que su adiestramiento en las técnicas psicoterapéuticas tradicionales no fue muy útil en su práctica clínica: "Mediante pruebas me di cuenta de que, abandonando mis técnicas psicoterapéuticas y presentándome

como yo mismo, como un ser medianamente inteligente y bien intencionado capaz de compartir alguna de mis experiencias con problemas similares a los que los pacientes estaban enfrentados, pude desarrollar una mejor relación de trabajo (Jourard, p. 14). Su investigación en autorrevelación mostró que la revelación invita y a la vez engendra revelación. Explica que no hay ninguna manera de obligar a alguien a que hable de sí mismo; que todo lo que se puede hacer es “invitar”. A través de su investigación descubrió que la invitación más fuerte y clave fue compartir su subjetividad con el cliente. El trabajo de Jourard nos reta a no realizar un trabajo de orientación basado en “trucos técnicos”, sino a que seamos consejeros utilizando nuestra propia forma de vida, transparencia, autorrevelación y franqueza.

Estrategias que ayudan a implementar los cuatro principios de la consejería orientada a los jóvenes

◆ **Interesarse por el joven cliente de una manera genuina**

Los consejeros inician la conversación con el propósito de desarrollar una relación de confianza y demostrar que están genuinamente interesados en el cliente. Pueden comenzar presentándose y compartiendo brevemente lo que hacen como consejeros. Sus comentarios iniciales pueden ser livianos y no es necesario que empiecen abordando directamente el problema y buscando soluciones. Deben estar atentos a las observaciones iniciales de los jóvenes y a formular preguntas sobre los temas que ellos traen a colación. Hay que tener muy en cuenta el hecho de que muchas personas no se involucran en la consejería con gente joven ya que no disfrutan hablando con adolescentes y no tienen una visión positiva y balanceada de ellos.

◆ **Atención a la comunicación no verbal**

La comunicación no verbal (gestos faciales y posturas) es una forma poderosa de comunicación. La comunicación no verbal puede dar pistas de cómo se siente el joven en ese momento, su estado de ánimo o nivel de atención (¿Cómo se sienta el joven? ¿Qué mira? ¿Qué comunica la postura de su cuerpo? ¿Qué sentimientos transmite con su expresión facial?). Estos mensajes y señales no verbales pueden aportar información y enriquecer el proceso de evaluación, indicándole al consejero lo que está pasando en ese momento.

Al mismo tiempo, lo que piensa o siente el consejero puede comunicarse más claramente a través de gestos, tono de voz o postura, que a través de lo que dice. El proveedor le comunica al adolescente que si bien da consejería a los jóvenes y sabe mucho sobre su comportamiento, no lo sabe todo ni tampoco tiene todas las respuestas.

“Estoy aquí, en esta clínica, para dar consejería a jóvenes como tú... (mantener contacto ocular directo y prestar atención total al joven) pero muchas de las cosas que digo sobre el sexo y la sexualidad, la gente joven ya las sabe...”

Utilizando su tono de voz, el consejero comunica que no está totalmente a cargo y que tampoco lo sabe todo. Si el consejero es amable y está relajado, transmite una actitud de cordialidad e interés que hace la sesión menos tensa y más informal. Más aún, y tal vez de gran importancia, comunica que es un compañero de trabajo en el proceso de consejería. Al afirmar que los adolescentes saben mucho sobre el sexo y sexualidad, valida las experiencias y conocimientos del joven.

◆ **Clarificar el rol del consejero, el rol del cliente, y fijar límites para la relación de consejería**

Una manera de introducir al adolescente en el proceso de consejería, es explicar brevemente cuál es el rol del proveedor y cuáles son los límites profesionales de la relación. La aclaración y definición de los límites incluye estar consciente de los pensamientos, sentimientos, valores y acciones propias, asumir una adecuada responsabilidad e identificar temas potenciales de la relación consejero-cliente (Long, 1996).

Para comenzar el proceso de establecer una relación cliente/consejero clara, los consejeros pueden compartir lo que hacen en la unidad, la clase de clientes con los que trabajan y la clase de temas que tratan. De esta manera, el adolescente no siente que es la única persona que recibe consejería. Este enfoque puede cumplir dos funciones: puede proveer de una oportunidad para “romper el hielo” antes de discutir temas delicados; y puede aumentar el interés del adolescente por el proceso que está iniciando. Incluso, y más importante aún, esta introducción puede utilizarse como una excelente oportunidad para fijar los límites de la relación de consejería. Si bien los consejeros escuchan, estimulan y ayudan a los adolescentes

a manejar distintas dificultades, desafíos, problemas y toma de decisiones, no son sus amigos ni sus pares. Es muy importante ser amigable con el adolescente, pero se debe mantener una distancia profesional apropiada que conduzca a una relación de consejería saludable.

◆ **Ejemplos de cómo presentarse**

“Soy consejero y trabajo en el área de salud sexual y reproductiva. Hablo con jóvenes como tú sobre el desarrollo de hábitos sexuales saludables, a fin de que puedan aprender habilidades para protegerse a sí mismos de enfermedades.”

“Mi trabajo está relacionado con hablar con gente joven como tú, promoviendo la salud sexual ¿Sabes qué significa eso? (pausa). Bueno, significa que hablamos sobre lo que tú quieras relacionado con ser saludable y esto incluye tener una sexualidad saludable”.

Para comenzar a enfocarse en el proceso de consejería, los proveedores pueden preguntar a los jóvenes si saben de qué trata ésta. Los consejeros pueden aprovechar esta oportunidad para aclarar qué es y qué no es la consejería, dependiendo de lo que el cliente sabe. Nuevamente, pueden hacer preguntas intrascendentes y breves, en vez de mostrarse muy serios.

Aunque los consejeros quieran iniciar la sesión clarificando su rol y el del joven cliente -así como el proceso mismo- deben tener cuidado y no bombardear al joven con definiciones complejas sobre la consejería. Pueden decir cosas como: *“Me llamo Julia y realizo consejería en este centro. ¿Has participado alguna vez? ¿Qué has escuchado sobre la consejería?”* El joven cliente también puede formular las mismas preguntas y el consejero puede decir: *“Bueno, yo considero la consejería como la posibilidad de escuchar a alguien como tú e identificar cuáles son las cosas sobre las que te interesa hablar. También podemos trabajar sobre lo que necesites saber o preguntas que tengas sobre sexualidad”.*

◆ **Tono de voz**

El tono de voz es la calidad de la voz de la persona. El tono de voz de un consejero comunica mucha información que a simple vista no es aparente. No es lo que dice o

el lenguaje que utiliza lo que la gente joven escucha, sino la manera en que lo dice. Los consejeros necesitan estar conscientes de **cómo** se están relacionando con el joven. ¿Le están hablando **en forma peyorativa**? ¿Le están hablando **a él**? ¿Están hablando con él? Su tono de voz puede ser suave, confortante, amable, o puede ser tirante, enojado, frustrado, triste o nervioso.

◆ **Uso apropiado de la autorrevelación**

Jourard (1971), explica que un consejero es un “invitador” profesional a la autorrevelación, y que la promesa implícita es que si un cliente revela sus temas personales, se beneficiará más allá de la “catarsis” emocional. Jourard ve que la función mayor de un consejero no es ser maestro en la utilización de trucos técnicos, sino alguien quien por su misma forma de vida puede provocar admiración y atracción. Este psicólogo comenzó a notar en sus investigaciones y experiencias clínicas que cuando permitió que sus clientes lo conocieran en el contexto de un diálogo abierto entonces recién llegó a conocerlos más en profundidad, y la confianza y armonía se generó sobre una base mucho más frecuente. Jourard determinó que la autorrevelación auténtica desempeñó una función principal en el perfeccionamiento de la salud mental, y que autorrevelación engendra autorrevelación; esa transparencia fue contagiosa. Llegó a la conclusión de que un consejero debe ser ejemplo de autorrevelación, y que de esa manera estaba invitando a sus clientes a seguirlo. Esta investigación es relevante para nuestro objetivo de crear un clima de tranquilidad y confianza, que permite validar la sexualidad como un asunto de salud.

◆ **Introducción al tema de salud sexual**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la salud sexual como “la experiencia del continuo proceso de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad” (OPS/WAS, 2000). No es solamente la ausencia de disfunción, enfermedad o debilidad. Para alcanzar y mantener la salud sexual es necesario que los derechos sexuales de todas las personas sean reconocidos y respetados (ibid.). El consejero orientado a los jóvenes debe realizar una completa evaluación para entender la situación de la salud sexual y reproductiva del joven -incluyendo

■ Iniciar la discusión haciendo preguntas generales que no parezcan amenazadoras sobre las necesidades, deseos, gustos y disgustos del adolescente, prestando atención especial a la edad y al género.

sus riesgos y las oportunidades de poder modificar comportamientos- y a partir de allí establecer las necesidades de consejería.

Una de las primeras dificultades con las que el consejero puede encontrarse es el hablar con comodidad sobre temas sexuales, dado que puede ser muy intimidatorio para los adolescentes y para los consejeros sin experiencia. Los consejeros deben sentirse muy cómodos cuando tratan temas de sexualidad, a fin de crear una atmósfera distendida y segura para el adolescente.

◆ **Uso de preguntas que interesen al joven**

¿Cómo pueden los consejeros hablar con los jóvenes sobre el VIH y las ITS sabiendo que a menudo ellos se sienten incómodos hablando sobre temas de sexualidad o infecciones de transmisión sexual, o no se perciben en riesgo de infección? ¿Qué estrategias pueden usar los consejeros para hablar sobre el VIH y las ITS con los jóvenes a un nivel en el que ellos puedan comprender y no parecer que están dando una clase o un sermón? ¿Cómo pueden los consejeros atraer la atención, interés y motivación de los jóvenes, quienes por lo general son muy distintos a ellos?

Existen varias maneras mediante las cuales los consejeros pueden relacionarse con los jóvenes sobre los temas de interés. Se puede iniciar la discusión sobre temas de salud sexual formulando preguntas generales que no amedrenten al adolescente sobre de sus necesidades, intereses, lo que le gusta y lo que no le gusta, prestando particular atención a su edad y género. De esta manera, desde el inicio el consejero le comunica al joven que quiere conocerlo y que está auténticamente interesado en él. A través de estas preguntas el consejero puede conocer más íntimamente al adolescente y comenzar a desarrollar una relación, la cual es esencial para el proceso de consejería. Además, el proveedor tiene la posibilidad de enterarse de lo que el joven ya sabe en términos de sexualidad y salud sexual. Estas preguntas cumplen dos funciones importantes. Primero, le dan al consejero la posibilidad de conocer al joven y de averiguar los conocimientos que tiene sobre temas de sexualidad y salud sexual.

Segundo, pueden brindar la oportunidad para desarrollar una relación de confianza entre ambos. Por lo general, los jóvenes consideran que éstos son expertos y que

■ Los consejeros deben formular preguntas relevantes y con propósito definido que proporcionen información significativa.

poseen “conocimientos especializados” sobre los temas que a ellos los afectan. Esta imagen profesional puede a veces percibirse como una barrera para revelar necesidades y deseos importantes del adolescente. Sin embargo, los jóvenes también pueden admirar esta cualidad en un consejero que sabe mucho sobre sus necesidades. La tarea de éste es minimizar la percepción de esta barrera, si es que existe, siendo amistoso con los jóvenes e interesándose por el desarrollo de una relación de ayuda con ellos.

◆ Ejemplos de preguntas que crean una relación:

“Estoy muy interesado en conocerte, ¿crees que podrías compartir conmigo....?”

“¿Qué es lo que más te gusta hacer?...”

“¿En qué estás interesado/a?”

“¿Qué haces en tu tiempo libre?”

“¿Qué haces cuando tienes tiempo para salir?”

“¿Qué es lo que más te molesta?”

“Cuéntame sobre los amigos/as con quienes compartes cosas buenas y malas...”

“Cuéntame sobre los amigos/as con los que sales”

“¿Cómo te gustaría empezar hoy?”

“¿Qué pasa hoy contigo?” “¿Qué te trae hoy hasta acá?”

“¿Cómo te describirías a tí mismo?”

Si el joven comienza a hablar, siga preguntando y aclarando lo que él sabe. Si no, déle opciones como:

“¿Quieres hablar sobre alguien que te guste?”

“¿Quieres hablar sobre los cambios en tu cuerpo?”

Presentar opciones para que ellos elijan lo que les gustaría conversar en el inicio de la sesión les da un sentido de control sobre la interacción del proceso de consejería, y a los adolescentes les gusta sentir que están en control, especialmente cuando han sido derivados a la consejería por otra persona, que puede tener autoridad.

Otros ejemplos:

“¿Quieres contarme qué ramos te gustan en la escuela?” (si corresponde)

“¿Cuéntame, en qué eres bueno/a?”

“¿Tienes mascotas?, cuéntame de ellas”

“¿Qué programa de radio o televisión es el que más te gusta?” “¿Cuál es tu música favorita?”

“¿Qué cosas te ponen nervioso/a?”

“¿Con quién compartes tus secretos?”

“¿Qué es lo que más te divierte?”

“¿Cómo es la relación con tus compañeros de curso? ¿Y con tu familia?”

“¿Cómo es la relación con tu mamá y tu papá?”

“¿Cómo estás hoy? ¿Cómo va la escuela?”

Si bien estas preguntas pueden servir para lograr un vínculo y construir una relación, los consejeros en salud sexual y reproductiva no deben bombardear al adolescente haciendo que la entrevista parezca un interrogatorio sobre la actividad sexual o las preocupaciones sexuales del adolescente. **Los consejeros deben formular solo preguntas relevantes y con algún propósito, que proporcionen información significativa, que puedan despertar interés del adolescente sobre ciertos temas, y que sirvan para desarrollar un cuadro de la situación del cliente.** Una manera para evitar que las preguntas parezcan un interrogatorio es mantener **un tono de voz de conversación que combine calidez, aceptación, compasión, empatía, interés, afecto y discernimiento.**

También es muy importante formular **preguntas apropiadas a la edad y que respondan a la etapa de desarrollo del joven.** Comprender el comportamiento adecuado a la edad del adolescente es vital para lograr una perspectiva sobre las oportunidades de cambio y las situaciones a las que se enfrentan los jóvenes. Los consejeros deben entender que los pre-adolescentes, los adolescentes tempranos, los adolescentes medios y los adolescentes tardíos tienen distintos intereses, necesidades y deseos, y que procesan y responden a la información de manera distinta.

Los consejeros **no deben tratar de identificar un problema al inicio del proceso de orientación**. Si eso ocurre, puede llevar a que la sesión se centre en el problema. Es muy importante comenzar con preguntas acerca de las fortalezas, intereses, deseos y gustos del joven. Formular estas preguntas orientadas hacia las fortalezas del adolescente realza el papel colaborador de éste, ya que le brinda la posibilidad de mostrar que son individuos que tienen talentos, recursos e intereses. Esto contrasta con el concepto arraigado en muchas familias, y en la sociedad en general, de que los adolescentes son problemáticos. Empezando con las fortalezas, el consejero le da al adolescente una oportunidad de exhibir “lo bueno que es”, perspectiva que puede ser novedosa para muchos de ellos. En esencia, la consejería basada en las fortalezas se orienta hacia la búsqueda de soluciones y posibilidades para el presente y el futuro, en lugar de concentrarse solo en problemas, patologías, barreras y disfunciones.

Conceptos centrales de la Perspectiva Basada en las Fortalezas

La Perspectiva Basada en las Fortalezas es una alternativa a los abordajes tradicionales basados en la patología, que a menudo son la base de gran parte de los conocimientos y prácticas de la consejería. Dennis Saleebey (1996,1997) explica que, como consejeros, es posible utilizar un lente orientado a la patología o un lente orientado hacia las fortalezas para mirar a los clientes. Saleebey sostiene que los clientes son únicos, poseen rasgos, talentos, capacidades, habilidades de adaptación, manejo y recursos, todo lo cual se suma para aumentar sus fortalezas internas y externas. **Explorando lo que funciona en la vida del cliente y lo que la persona aporta a la sesión, la consejería se transforma en un esfuerzo dirigido a las posibilidades**. El proveedor se interesa por explorar la historia e información personal del cliente, dado que son esenciales para conocerlo y apreciarlo. Para la prevención del VIH y la orientación en salud sexual y reproductiva, el consejero debe dejar de lado las preguntas genéricas y el cuestionario estándar, que convierten el encuentro en un frío interrogatorio acerca de prácticas sexuales. En lugar de eso, se puede desarrollar un encuentro que se centralice en la historia personal del cliente,

el significado de sus acciones y conductas y en donde las aspiraciones y sueños del joven sean el centro de la experiencia de consejería.

Saleebey (1997) propone un cambio de paradigma: en lugar ver a los consejeros como expertos, ver al cliente como experto en su historia y autor activo de su propia situación. Esta orientación se centra en las posibilidades y en ella la elección, el control, el compromiso y el desarrollo personal están abiertos. La ayuda, por lo tanto, se centraliza en trabajar con el cliente para que siga adelante con su propia vida, afirmando y desarrollando valores y compromisos y encontrando su lugar como miembro de la comunidad.

Al establecer una relación con el joven cliente y al comenzar el proceso de cambio de comportamiento, la consejería orientada a los jóvenes hace uso de principios y prácticas de la Entrevista Motivacional, presentada por Miller y Rollnick (2002).

■ Es importante formular preguntas apropiadas a la edad y que respondan a la etapa de desarrollo del joven

Conceptos principales de la Entrevista Motivacional

La Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick (2002) brinda un marco que puede ayudar a los consejeros orientados a la juventud a facilitar el cambio. Esta entrevista comprende dos fases igualmente importantes: Fase I, construir un vínculo y un compromiso terapéutico con el joven y, Fase II, facilitar el proceso de cambio a través de la construcción de habilidades para tomar decisiones, realizar análisis y establecer cambios de conductas. Shinitzky y Kub (2001) explican la Entrevista Motivacional como la expresión de empatía, aceptación y verdadera comprensión del cliente para facilitar un cambio de conducta. Esto se realiza a través de diferentes maneras, que incluyen escuchar en forma hábil y reflexiva. Miller y Rollnick dicen que la ambivalencia es normal en el proceso de cambio y que los consejeros formulan preguntas clave de evaluación para clarificar los deseos y necesidades de los clientes. Otra técnica utilizada en la Entrevista Motivacional se conoce como Desarrollo de Discrepancias, donde el consejero facilita la toma de conciencia del cliente sobre las consecuencias de su conducta, utilizando un tono que no busca juzgar. Por ejemplo, si se aplica esto a consejería sobre VIH, el consejero puede decir, *“Dices que quieres ser feliz, pero aceptas regalos a cambio de sexo y esto te entristece....ayúdame a entenderlo...”*.

Miller y Rollnick explican que los consejeros deben prestar mucha atención a lo que guía la conducta del joven y a qué lo motiva hacia el cambio. Se debe evitar discutir con el cliente, juzgar y preguntar “¿Por qué?”, dado que genera reacciones defensivas. Es necesario tomar cualquier resistencia como una señal para cambiar la estrategia de consejería o intervención. Shinitzky y Kub (2001) hablan de no poner rótulos, ya que hablar sobre un problema producto de un comportamiento específico es más productivo e implica menor juicio. La colaboración entre el consejero y el cliente es parte central de la Entrevista Motivacional debido a que le da al cliente una sensación de control y respeto, y de poder desarrollar soluciones mutuamente negociadas en lugar de que se le impongan interpretaciones o planes de tratamiento. Esto empodera al cliente y le ayuda a tener participación en la búsqueda de soluciones para sí mismo, perspectiva coincidente con la visión de esta guía sobre el proceso de consejería y el trabajo con los adolescentes y la población joven.

Por último, Miller y Rollnick (2002) explican que el rol de los consejeros es apoyar la autoeficacia, y que al respecto hay técnicas muy específicas que incluyen dar esperanza a los clientes, facilitar sus elecciones, autodeterminación y autonomía, otorgando un rango de alternativas (en vez de dos opciones), estimulando y apoyando las conductas deseadas.

Es importante que el consejero ayude a que el cliente vea que está en control de su vida (ibid). Esto es una dimensión importante de la Entrevista Motivacional debido a que el enfoque es ayudar al joven a comprender su comportamiento y el rango de opciones que tiene para decidirse por el cambio. Esta manera no es directiva, ya que estimula a los jóvenes a estar al tanto de sus opciones y las posibles consecuencias, y les ofrece las condiciones para que tomen sus propias decisiones. Dado que los clientes en algún momento cambiarán su vida personal, es esencial que el encuentro los ayude a entender que son responsables y capaces de cambiar.

Fase 2: Evaluación de la consejería

Después establecer una atmósfera cálida y confortable, donde el joven se sienta seguro y a salvo para hablar sobre temas de salud sexual y reproductiva, el consejero procede a evaluar la situación. La evaluación provee información a cada paso del modelo y es parte integral de la consejería para jóvenes.

La evaluación es central en la utilización de la Perspectiva Basada en las Fortalezas. Cowger (1994) da algunas normas útiles para realizar evaluaciones basándose en las fortalezas que pueden adaptarse para trabajar con jóvenes, reconociendo así que los jóvenes tienen talentos, fortalezas y recursos que pueden utilizarse para resolver sus desafíos actuales. Cowger explica que los consejeros deberían darle importancia a la comprensión de los hechos por parte del joven; crearle, explorar lo que quiere y espera de la consejería, orientarlo hacia las fortalezas personales y el medio donde vive, utilizar la evaluación para descubrir la singularidad del cliente, y elaborar preguntas de evaluación en lenguaje sencillo, que el joven pueda comprender. Hay que evitar la culpa y la asignación de culpabilidad en el proceso de evaluación debido a que desalienta la motivación para tratar el problema. Cowger también explica que los problemas de los clientes son, por lo general, multidimensionales, representan acciones multidireccionales y reflejan dinámicas que no se ajustan bien a un pensamiento simplista de causa y efecto. De esta manera, las preguntas y procesos de la evaluación no representarán una experiencia misteriosa, secreta ni desconcertante.

Durante el proceso de evaluación de la consejería se **debe visualizar a cada joven en forma individual**, tomando en cuenta ciertas características que pueden influir en la extensión y el abordaje de la orientación utilizada. La primera es **la etapa de desarrollo del joven**. Un varón de 13 años que recién está entrando en la pubertad y no ha tenido relaciones sexuales necesitará un abordaje distinto que aquel que se utiliza con una mujer de 18 años que ya tiene un hijo. Este ejemplo también ilustra una segunda característica importante: **el género**. En el caso de las mujeres, deberían tratarse temas como la menstruación y la prevención del embarazo, lo que puede proveer un atajo más fácil para entrar en discusiones relacionadas con las

ITS/VIH. Un varón de 14 años puede querer jactarse de sus aventuras sexuales, hayan sucedido o no, pero una joven de 14 años nunca va a ser tan directa y es probable que sus respuestas estén acompañadas de términos románticos o amorosos, en lugar de hablar simplemente de “sexo”.

La tercera característica es **la orientación sexual**, un tema delicado que requiere especial atención. Dado que las creencias culturales en relación con la sexualidad continúan evolucionando, es esencial explorar la comprensión por parte del adolescente de su propia identidad sexual y los efectos sobre su bienestar.

La cultura es la cuarta consideración en el tratamiento de temas de salud sexual con adolescentes. Los consejeros deben comprender los antecedentes culturales de sus clientes, específicamente el lenguaje y los posibles tabúes sexuales dentro de una determinada cultura o religión. Por último, **los valores** tienen una influencia inherente sobre la sexualidad. Es importante que el consejero entienda sus propios valores en relación con la sexualidad e identifique aquellas situaciones en donde estos valores pueden afectar negativa o positivamente la sesión.

Hay principios generales relacionados con las técnicas de entrevista que fueron extrapolados de los principios de la consejería y la Entrevista Motivacional. La primera recomendación es evitar el uso del “por qué”. Este tipo de preguntas tiende a poner al joven cliente a la defensiva, y por lo general son contraproducentes. En vez de eso,

■ Las preguntas para evaluar la salud sexual pueden aclarar las necesidades de consejería, las fortalezas del joven y la situación a que actualmente se enfrenta.

se recomienda a los proveedores que utilicen preguntas abiertas, estimulando a los adolescentes a discutir su situación actual y a elaborar sobre las razones y el contexto de conductas específicas, por ejemplo, “¿Qué puedes hacer para evitar un embarazo?”; o “¿Cómo deciden tu novia y tú tener relaciones?”, que es más efectiva que “¿Decidieron usted y su novia tener relaciones sexuales conversándolo?”.

❖ **No dar lugar a una respuesta negativa al preguntar, “¿Alguna vez...?”**

Ante una situación embarazosa, sería fácil contestar “No”. En cambio, se debería preguntar “¿Cuándo fue la última vez...?”, o “¿Con qué frecuencia...?”

❖ **Utilizar un lenguaje que la persona joven pueda comprender.** Si existe alguna duda en relación con la interpretación de una palabra, puede ser útil que

el joven describa cómo interpreta esa palabra. Se recomienda utilizar términos médicos apropiados para partes del cuerpo, como “pene”, “vagina” y “ano”. Pero para desarrollar una relación distendida, los consejeros pueden también utilizar terminología local que los jóvenes conocen, y después exponerlos a los términos médicos. Si es necesario, los términos médicos pueden explicarse con dibujos o modelos. En general, un consejero debería evitar utilizar una palabra compleja cuando puede utilizar una simple. Por ejemplo, utilizar términos como “sexo con un hombre/mujer” en lugar de “sexo homosexual/heterosexual”.

Preguntas básicas sobre salud sexual

En base a investigaciones realizadas sobre la salud sexual adolescente, los factores de riesgo más importantes asociados con la adquisición de ITS y VIH son los siguientes: inicio temprano de las relaciones sexuales, parejas sexuales múltiples, consumo de drogas y alcohol durante la actividad sexual, relaciones sexuales sin protección, y coerción sexual. Basándose en estos factores, algunas de las siguientes preguntas han sido adaptadas de Ross, Channon-Little y Rosser (2000) y Spain (1998) como una apreciación inicial de la salud sexual durante la recolección de información y el proceso de evaluación. **Estas preguntas NO deben ser formuladas a todos los adolescentes.** Los consejeros deberán juzgar qué preguntas son importantes.

Evaluación de VIH e ITS:

“Me gustaría revisar cualquier preocupación relacionada con la salud sexual que puedas tener, ¿Te parece bien?” Obtener el permiso del joven para proceder en esta dirección es esencial para continuar desarrollando confianza en el proceso de consejería y para mostrar respeto.

Con jóvenes adolescentes hay que empezar pidiéndole que describa lo que entiende por la palabra “sexo”: *“¿Qué entiendes por la palabra ‘sexo’?”* Pregunte: *“¿Cómo supiste sobre el sexo?”* Esta pregunta ayuda a clarificar dónde está aprendiendo el joven sobre sexo, y da una idea acerca de la precisión de la información.

Continuar con: *“¿Qué experiencias sexuales has tenido?”* El consejero puede comenzar dando alternativas como besos, masturbación, caricias intensas (se puede desarrollar una lista corta con términos locales que utilizan los jóvenes, para que puedan ir marcándolos).

Evaluación de VIH e ITS *Continúa de la p.81*

Después preguntar sobre las relaciones sexuales (hacer el amor, penetración, tener sexo). Quizás, la mejor manera de proceder sea preguntándole si está al tanto de otro tipo de sexo y dar ejemplos si no responde. (Nuevamente, se puede agregar una breve lista con palabras como sexo oral, penetración sexual). Después preguntar si ha hecho algo de lo que han conversado o de lo que estaba marcado en la lista: *“¿Has sido sexual o has llevado a cabo alguna de las conductas de la lista con personas del sexo masculino, femenino, o con ambos?”* (No utilizar términos “hombre/mujer”, porque el joven puede relacionarlos con la edad y mal interpretarlos, creyendo que se hace referencia a un hombre o una mujer mayor).

Una pregunta adicional puede ser si ha pensado (imaginado, fantaseado) en hacer alguna de estas cosas con personas del sexo femenino, masculino, o con ambos (Esta pregunta ayuda a evaluar la experimentación sexual y la orientación sexual). Preguntar: *“¿Eres actualmente sexual con alguien?” “¿Qué conductas estás practicando?”*

Evaluar la frecuencia de los encuentros sexuales:

“¿Has practicado alguna de estas conductas sexuales en los últimos tres meses? ¿En el último año? ¿En los últimos 5 años?” Preguntar con cuántas personas aproximadamente ha hecho estas cosas en los últimos tres meses y en el último año. Recordarle que “sexual” significa cualquier cosa que haya compartido antes y que aparece en las listas o cualquier otra conducta que recuerde más tarde.

Estas preguntas sirven para introducir una conversación más detallada acerca del VIH. Se debe estimular al joven para que considere cuidadosamente su comportamiento y circunstancias pasadas y presentes.

Son muchos los beneficios de conocer el estatus de cada uno frente al VIH; para las personas jóvenes que son VIH positivas, presenta la oportunidad de recibir tratamiento antiretroviral, profilaxis de infección oportunista, evitar la transmisión del virus a otros, exploración médica de la tuberculosis y otros medicamentos (si fueran necesarios). Las vacunas preventivas y el seguimiento médico pueden aplazar la aparición del sida y prolongar la vida.

- Evaluar la posibilidad de riesgo de adquirir VIH por una transfusión de sangre *“¿Recibiste una transfusión de sangre entre 1978 y 1985?”(si la edad corresponde).*
- Evaluar el uso y/o abuso de sustancias *“¿Has usado alguna droga, aunque solo sea una vez?” (incluye drogas inyectables, cocaína o crack).*

Evaluación de VIH e ITS *Continúa de la p.82*

- *Evaluar el conocimiento sobre VIH “¿Qué has escuchado sobre el VIH?” o “¿Qué te han dicho sobre el VIH?”*
- *Evaluar el conocimiento sobre sida “¿Qué has escuchado sobre el sida?” o “¿Qué te han dicho sobre el sida?”*

Las respuestas dadas anteriormente permitirán hablar sobre los síntomas de las ITS. Si conocen los síntomas, así como los del VIH, evaluar si el joven los ha tenido. Ejemplo:

- *Evaluar el conocimiento sobre ITS/STD: “¿Qué has escuchado sobre infecciones de transmisión sexual?” (Se puede hacer una lista de ejemplos de ITS o tener un cuadro o lista con los nombres y síntomas) “¿Qué te han dicho sobre las infecciones de transmisión sexual?”*
- *“Si puedes recordar, ¿Qué infección de transmisión sexual has tenido?” o “Has tenido alguna enfermedad de transmisión sexual?”*
- *“¿Qué infección o enfermedad de transmisión sexual han tenido tus parejas?”*
- *“¿Has tenido tuberculosis?”*

Asegúrese de darles la oportunidad de hacer preguntas *“¿Qué preguntas o preocupaciones sexuales tienes en este momento?” o “¿Con qué preocupaciones sexuales estás lidiando ahora?”*
“¿Hay alguna pregunta que desees hacerme?”

Fuente: Adaptado con el permiso de M.W.Ross, L.D. Channon-Little and S.B.R. Rosser (2000). *Sexual health concerns: Interviewing and history-taking for health practitioners*. Filadelfia: F.A. Davis Company. Adaptado con el permiso de J. Spain (1988). *Sexual, contraceptive and pregnancy choices: Counseling adolescents*. Nueva York: Gardner Pres.

Consejos para enfrentar historiales sexuales durante la fase de evaluación

- Claro y objetivo al hablar sobre conducta sexual y temas de salud sexual.
- Cuando sea apropiado, utilizar fotos, dibujos, o diagramas para ilustrar un punto.
- Estar consciente de cómo el lenguaje no verbal comunica lo que el consejero siente al hablar sobre temas de sexualidad.
- Responder a todas las preguntas y cuando no se sepa una respuesta, decirlo de manera franca e indicar que buscará la respuesta y se la hará saber al cliente.
- Sea relajado y amistoso. La naturalidad y apertura para hablar sobre sexo y temas de salud sexual pueden ser contagiosas. La transparencia llama a la transparencia. Recordar, además, que la relación en la consejería en sí misma es una oportunidad de aprendizaje para los jóvenes.
- Responder las preguntas sin rodeos y con precisión.
- Formular preguntas con un propósito y que ayuden en la evaluación. No se debe bombardear al adolescente con preguntas irrelevantes que no aportarán información. La recolección oportuna de datos brinda la posibilidad de evaluar preocupaciones sobre salud sexual actual o futura, incluyendo posibles problemas, enfermedades e instancias para prevenirlos.
- Empezar con preguntas que no amedrenten y proseguir con preguntas más íntimas acerca de la salud sexual.
- Plantear un comportamiento abierto, positivo e interesado al momento de introducir preguntas sobre salud sexual.
- Empezar la sesión hablando acerca de otras áreas de la salud (fumar, ejercicio, nutrición) e incluir poco a poco preguntas sobre salud sexual.
- Observar el comportamiento no verbal del joven cliente; ¿Qué le trasmite su lenguaje corporal? Observe la habilidad del joven para hablar sobre sexo, ya que aquello le puede indicar su confianza o sus habilidades de negociación en relación con la conducta sexual.

Adaptado con el permiso de M.W.Ross, L.D.Channon, and S.B.R. Rosser (2000). *Sexual health concerns: Interviewing and history taking for health practitioners*. Philadelphia: F.A.Davis Company.

- Simplificar las metas en las evaluaciones sexuales de los preadolescentes haciéndolas más fáciles de entender. Algunos preadolescentes pueden dar respuestas concretas a todas las preguntas, por lo que el consejero debe ser específico y mantener lo más simple posible el contenido y la estructura de ellas.
- Evaluar los conocimientos del joven sobre sexualidad humana, preguntándole si tiene preguntas acerca de sexo y/o sexualidad; ser un recurso sobre educación sexual debe ser parte del papel del profesional de salud en la promoción general de la atención sanitaria.
- Se considera inapropiado tratar de obtener un historial sexual de los muy jóvenes, a no ser que exista razón para creer que ya han tenido actividad sexual (Ross, Channon-Little y Rosser, 2000). Para eso se requiere de una capacitación especial y del apoyo de un psiquiatra o psicólogo infantil. Ross, Channon-Little y Rosser recomiendan que los proveedores soliciten un historial sexual a personas entre edades que fluctúen la adolescencia media y la edad adulta. Frente a un adolescente que se asume sexualmente activo, las preguntas sobre salud sexual deberían formularse.

Evaluación para embarazos no deseados e ITS

Si el joven es sexualmente activo, pregunte:

“¿Qué edad tienes?” (Los adolescentes más jóvenes pueden sentir temor o vergüenza al buscar información precisa en otras personas).

“¿Asistes a la escuela? ¿Cómo es tu escuela? ¿Qué piensas estudiar después?” (Las jóvenes a quienes no les va bien en la escuela y tienen baja autoestima, pueden pensar que tener un bebé es una alternativa gratificante).

Evaluar el conocimiento que tiene sobre el embarazo *“¿Cómo se embaraza una mujer? Es decir, ¿Qué sabes acerca de cómo se embaraza una mujer? ¿Cuándo puede embarazarse (pubertad, edad, período del mes)? ¿Cómo te proteges de embarazos no planeados? ¿Estuviste embarazada? ¿Cuántas veces?”* (Si es apropiado). ■

■ Si el joven es sexualmente activo, preguntar: *¿“Cuántos años tienes”*. Los más jóvenes pueden sentir temor o vergüenza al obtener información de otras personas.

“¿Asistes a la escuela? ¿Cómo es tu escuela? (Las jóvenes a quienes no les va bien en la escuela y tienen baja autoestima pueden pensar que tener un bebé es una alternativa gratificante).

Evaluar el conocimiento que se tiene sobre el embarazo

“¿Cómo se embaraza una mujer? Es decir, ¿Qué sabes acerca de cómo se embaraza una mujer? ¿Cuándo puede embarazarse (pubertad, edad, período del mes)? ¿Cómo te proteges de embarazos no planeados? ¿Estuviste embarazada? ¿Cuántas veces?” (Si es apropiado).

Consejos para hablar sobre anticonceptivos (Ross, Channon-Little y Rosser, 2000)

- ✦ En primer lugar, es importante asegurarse de que el adolescente se siente lo suficientemente cómodo para hablar abiertamente de sus preocupaciones sobre temas de salud sexual.
- ✦ Empezar averiguando cuánto sabe el adolescente de sexo; luego hablar de la actividad sexual que puede estar viviendo.
- ✦ Cuando se discutan opciones para prevenir el embarazo, ayude a la joven a estar consciente de sus opciones. Presentar algunas alternativas, como por ejemplo la postergación de la actividad sexual, métodos para sexo seguro, abstinencia, el uso de condones con espermicidas, y la píldora. Esta información ayudará a la mayoría de las adolescentes.
- ✦ Entre los enfoques útiles se encuentran no juzgar e invitar al adolescente a hacer preguntas, ofreciendo educación y reconocimiento por ser lo suficientemente responsable como para pedir ayuda, y delineando opciones que le ayuden a que sepa que tiene opciones para sus elecciones.

Spain (1988), explica que los adolescentes que tienen dificultades para utilizar anticonceptivos se caracterizan por tener una falta de conocimientos básicos sobre salud sexual y reproductiva; o porque se sienten incómodos y avergonzados sobre su conducta sexual; o tienen dificultades para reconocer ellos mismos que tienen relaciones sexuales; o porque se sienten culpables por sus relaciones o conductas sexuales. También pueden haber sido criados en hogares con reglas estrictas que les impidieron discutir temas sexuales con sus padres y/o aclarar sus propios valores sobre la sexualidad. Spain recomienda formular preguntas específicas sobre las relaciones sexuales del joven, como por ejemplo:

- “¿Estoy hablando con alguien que realmente entiende la realidad?”
- “¿Estoy hablando con alguien que reconoce los conflictos y las dificultades e intenta solucionarlos?”
- “¿Sobre qué cosas es realista el cliente? (como para usar esa realidad como ejemplo)”.*

Identificación del problema y los riesgos

En base a la información obtenida de las ya mencionadas preguntas de evaluación, el siguiente paso en el proceso de consejería es comprender la información recolectada. Es importante que el consejero entienda claramente cuáles son los temas de salud sexual más urgentes que preocupan al joven y su nivel de riesgo para desarrollar problemas de salud sexual, como adquirir y transmitir una ITS/VIH, quedar embarazada, ser padre de un niño, o necesitar tratamiento por enfermedad.

Durante la fase de evaluación, es útil para el proveedor comprender claramente las necesidades del joven cliente.

Síntesis de la información

Con el fin de comprender la información obtenida, el proveedor puede formularse las siguientes preguntas:

- “¿Necesita este joven ayuda para entender de manera realista la infección de transmisión sexual que padece?”
- “¿Está profundamente preocupado por haber contraído una ITS?”
- “¿Tiene una percepción equivocada de cómo se transmite el VIH y necesita información más precisa?”
- “¿Es el joven VIH positivo y busca orientación para manejar el dolor y la pérdida o está buscando tratamiento médico?”
- “¿Quiere cambiar su conducta sexual para prevenir la infección por el VIH e ITS?”
- “¿Tiene el adolescente necesidades relacionadas con decisiones sobre su actividad sexual y uso de anticonceptivos que pueden satisfacerse a través de una relación de consejería?”
- “¿Necesita información y puedo dársela?”
- “¿Sus sentimientos, conductas o actitudes en este momento, interfieren con la utilización de anticonceptivos o condones?”

* Adaptado con el permiso de Spain, J (1988). *Sexual, contraceptive and pregnancy choices: Counseling adolescents*. New York. Gardner Press.

"¿Tiene dificultades para tomar una decisión?"
"¿Qué sugerencias me gustaría darle?"
"¿Cuáles son las opciones que puede aportar?"
"¿Está incorporando hábitos saludables y quiere apoyo para mantener su conducta?"

Basándose en la síntesis de esta evaluación o el "cuadro" del cliente, el consejero determina las necesidades de la consejería y desarrolla un plan de acción junto con el joven.

¿Qué hacer si el joven quiere hacerse la prueba del VIH?

Consejería anterior a la prueba

La consejería anterior a la prueba debe estar centrada en el cliente y tener en cuenta los valores culturales y la identidad sexual (sexo de nacimiento, rol sexual, género y orientación sexual) del joven. Además, debe estar de acuerdo con el nivel de desarrollo del individuo, su edad y sus habilidades de aprendizaje, y también ser consistente con el idioma, dialecto, terminología y estilo de comunicación del joven.

Aconsejar y examinar al adolescente requiere de una comprensión del desarrollo por edad y de patrones de conducta, como la sexualidad emergente, sentimientos de invulnerabilidad y experimentación con conductas de riesgo. Evaluar la capacidad del joven para adaptarse, entender y dar consentimiento para someterse a una prueba de VIH es

■ Es esencial evaluar la capacidad del joven para hacer frente, comprender y dar consentimiento informado antes de someterse a una prueba de VIH.

esencial. Los ejemplos visuales, la repetición y el lenguaje explícito ayudan a reforzar la información dada. Las jóvenes, en especial, tienen que aprender, discutir y practicar la negociación del uso de preservativos con sus parejas sexuales; la sugerencia de uso del condón, sin embargo, se ha visto vinculada a un aumento de la violencia.

La consejería previa a la prueba debe incluir lo siguiente:

- Proporcionar información detallada sobre el VIH, sida y la transmisión del virus.
- Describir las conductas que ponen en riesgo al joven de contraer el VIH.
- Hablar sobre métodos que reducen el riesgo de exposición al virus, entre ellos el uso de condones.

- Conversar sobre los posibles obstáculos para adoptar prácticas que reducen el riesgo.
- Explicar lo que significa un resultado VIH negativo (el joven NO es inmune al VIH y debe protegerse).
- Explicar lo que significa un resultado VIH positivo (el joven puede transmitir la infección a otros).
- Aclarar el significado de falso positivo y de resultados no determinados.
- Conversar sobre la disponibilidad de la prueba anónima, la confidencialidad de los resultados y las leyes nacionales para reportar el VIH.
- Preguntar cómo se enfrentará el joven cliente a la posibilidad de que su prueba sea positiva. El impacto potencial en la escuela, la familia, los amigos, las parejas sexuales, el trabajo, el seguro médico y otras posibles ramificaciones de estos temas deben conversarse.
- Pedir al joven que identifique una persona con quien poder hablar sobre los resultados de la prueba. Esto es de gran importancia para los adolescentes.
- Obtener consentimiento (conocer políticas locales, leyes y estatutos nacionales sobre la realización de la prueba del VIH en menores).
- Programar una cita para obtener los resultados de la prueba. Cuando sea necesario, hacer seguimiento ese mismo día para obtener resultados de una prueba rápida.

Consejería posterior a la prueba

La consejería posterior a la prueba es indispensable, sea cual sea el resultado, pues

■ La consejería posterior a la prueba es indispensable, sea cual sea el resultado

ofrece una oportunidad para hablar sobre conductas que reducen el riesgo con clientes seropositivos y negativos.

Los proveedores de salud tienen que conocer las leyes locales concernientes al reporte del VIH y sida y todo lo

relacionado a la confidencialidad.

- Dar los resultados de la prueba y explicar que un resultado negativo no implica que el joven sea inmune a la infección, y que un resultado positivo significa que el joven está infectado y puede infectar a otros.
- Revisar las rutas de transmisión y estrategias de reducción de riesgo.

- Evaluar la comprensión del joven sobre el resultado de su prueba y su estado psicológico. Hablar sobre la posibilidad de involucrar a otras personas para que den apoyo, si es necesario.
- Proveer apoyo psicosocial y derivación a organizaciones de servicio social, grupos de ayuda u otros proveedores al interior de la comunidad.
- Proveer datos sobre centros de información sobre VIH a nivel local y nacional, si fuera necesario.
- Realizar derivaciones para seguimiento médico y empezar a elaborar un plan de atención INDIVIDUAL para el joven (este punto es para médicos y enfermeras; otros proveedores, como por ejemplo los consejeros, deberán derivar a médicos sensibles a la situación del joven o a hospitales al interior de la comunidad).
- Hablar sobre la importancia de notificar a las parejas sexuales o con las que se comparten jeringas, la opción de búsqueda de contactos (según indique el centro de salud local). Tener en cuenta el riesgo de violencia al que pueden enfrentarse las mujeres jóvenes cuando notifican a su pareja.

Fase 3: Toma de decisiones y fijación de metas de acuerdo con la edad

Teoría de fijación de metas

Breinbauer y Maddaleno (2005) afirman que facilitar el proceso de fijar metas personales es un elemento importante en el desarrollo de la identidad adolescente, ya que ayuda a los jóvenes a observarse, modelar y evaluarse a sí mismos en el futuro,

en vez de responder a las necesidades del momento. Bartholomew y col. (2001) sostienen que fijar metas lleva a un mejor desempeño, dado que las personas que tienen metas se

■ Las metas difíciles se pueden lograr solamente si la persona acepta el desafío y si cuenta con apoyo y autoeficacia.

Center for Disease Control and Prevention (1993). Recommendations for HIV testing services and outpatients in acute-care hospital settings: and technical guidance on HIV counseling. *MMWR*, 42(No.RR-2).

esfuerzan más, perseveran en sus tareas, son más concentradas y, de ser necesario, desarrollan estrategias para alcanzar la conducta que desean. Strecher y col. (1995) sostienen que las metas deben formularse en términos de conductas deseadas (por ejemplo, "siempre utilizaré condones...siempre cuidaré de mí mismo...de mi salud, de mi cuerpo") en vez de referirse a resultados de salud ("evitaré el VIH").

Sin embargo, fijar una meta no crea una motivación automática (ibid) y puede incluso ser contraproducente, principalmente si la meta está en conflicto con otras metas. Por ejemplo, la meta de "tener sexo sin protección con el mayor número de mujeres posibles" puede entrar en conflicto con la meta de permanecer VIH negativo.

Fijar una meta difícil pero factible lleva a un mejor desempeño que fijar una meta sencilla o no fijar ninguna (Locke y Latham, 1990). Sin embargo, las metas difíciles solo pueden alcanzarse si la persona acepta el desafío, tiene autoeficacia y apoyo suficientes. La fijación de metas puede ser menos efectiva cuando las tareas relacionadas con alcanzarla son difíciles (Cervone y col., 1991; Wood y col., 1987). Esto provoca que el individuo sea incapaz de desarrollar conductas relacionadas con esta meta (Locke y col., 1984) y no se comprometa con ellas (Erez y Zidon, 1984). Creemos que los temas de la conducta sexual son por lo general complejos, dado que la conducta sexual está influenciada por muchos factores, incluyendo el estado mental, emocional, físico, cultural, social y el entorno de la persona. Todo esto entra en juego al momento de tomar decisiones difíciles y considerar la práctica de métodos sexuales más seguros o, simplemente, si se decide retrasar la actividad sexual. Es importante que los consejeros ayuden a los adolescentes a fijar metas realistas y alcanzables, y que provean el espacio para el manejo de los sentimientos y emociones que acompañan el cambio de lo conocido, a la adopción de comportamientos nuevos.

Se recomienda el análisis estratégico, una actividad cognitiva que divide una meta en una serie concisa de tareas y sub-metas (Strecher y col., 1995). Las sub-metas son más tangibles y pueden ayudar a prevenir la duda o la postergación de actividades

■ La división de una meta en una serie de tareas y sub-metas puede ayudar a prevenir dudas o a la postergación de actividades relacionadas con ella

Centers for Disease Control and Prevention (1993). Recommendations for HIV testing services and outpatients in acute-care hospital settings; and Technical guidance on HIV counseling. *MMWR*, 42(No. RR- 2).

relacionadas con la meta (Bandura, 1986). Sin embargo, la consejería efectiva no finaliza con la fijación de metas; proporcionar retroalimentación es también muy importante .

Un consejero que comprende las barreras a las que se enfrenta el joven y entiende cómo otros jóvenes las han sorteado, puede tener un sentido más realista del rango de metas a fijar.

Strecher y col. recomiendan que las metas de cambio de conducta sean consideradas solamente en la etapa del plan de acción, después de una cuidadosa consideración de los factores del comportamiento. Esta guía recomienda que los consejeros hagan una evaluación profunda y consciente de la situación del cliente, antes de determinar qué metas perseguirán.

Para fijar metas, Strecher recomienda:

- Llevar a cabo un análisis de situación cuidadoso y profundo.
- Determinar el compromiso del joven para encarar su situación.
- Explorar la ambivalencia del joven en relación con la meta.
- Analizar las tareas necesarias para resolver la situación y los sentimientos y pensamientos necesarios para ello.
- Desarrollar sub-metas específicas o metas menos ambiciosas con el fin de lograr metas mayores.
- Explorar con el cliente sus razones (atribuidas a significados ocultos) para involucrarse en prácticas sexuales no seguras.
- Determinar la autoeficacia de la persona joven para desarrollar la conducta.

Adaptado con permiso de V.J.Strecher et al (1995). Goal settings a strategy for health behavior change. *Health Education Quarterly*, 22 (2), 190-200.

Por ejemplo, si se da al joven la oportunidad de resolver preguntas que permitan visualizar las razones por las cuales se involucra en conductas sexuales no seguras, o por qué tiene problemas relacionados con su salud sexual y reproductiva.

Strecher explica que la autoeficacia es la creencia de que uno puede cambiar su propia conducta o alcanzar una meta. Si el joven cliente demuestra tener una baja autoeficacia, los consejeros deben explorar las razones subyacentes.

La formulación de metas bien diseñadas es esencial y debe negociarse entre el consejero y el joven cliente (Berg y Miller, 1992). Ellos sugieren que las metas menos

ambiciosas son más fáciles de alcanzar que aquellas más complejas, pero que los proveedores deben encontrar un equilibrio, de manera que las metas no sean ni demasiado fáciles ni demasiado difíciles de alcanzar. Estas metas deben además ser concretas y fáciles de seguir y deben plantearse en términos específicos de comportamiento. Asimismo, deben ser expresadas en afirmaciones positivas y en presencia de algo; por ejemplo, *“Escribiré mis sentimientos de ansiedad”* y no como la ausencia de algo: *“Ya no quiero sentirme ansioso”*. Los consejeros pueden estimular a los jóvenes a reconocer que los primeros pasos los acercan a los fines deseados, por ejemplo: *“Conociendo lo que me gusta y lo que no me gusta, me ayuda a sobrellevar la presión de mis amigos”* *“Fijando mis límites personales frente a mis amigos me ayuda a ser más fuerte”*.

Los consejeros deben **escuchar** los desafíos y las situaciones que los jóvenes expresan y encontrarle sentido a la información, retroalimentando al joven con información comprensible y que le ayude a entender el hecho. Por ejemplo, una clienta joven puede querer discutir el uso del condón con su novio. Ella puede expresar que está nerviosa por tener que tocar ese tema y que tiene miedo de que su novio piense que ella está teniendo relaciones sexuales con otros jóvenes. El consejero puede demostrar empatía hacia la joven y decirle que comprende su nerviosismo y temores, explicándole que el hecho de que su novio piense que tiene relaciones sexuales con otros jóvenes puede hacerla sentir herida o hacerle pensar que él no confía en ella. Entonces puede sugerir que practiquen la conversación que ella tendrá con su pareja, asumiendo él el papel del novio y practicando la mejor manera de discutir el uso del condón. En ese momento el consejero puede traer a la conversación algunas preocupaciones y preguntas que el novio podría expresar y la joven puede practicar cómo respondería en ese caso. Si su segunda meta es obtener condones, el consejero puede dárselos directamente en su lugar de trabajo (clínica u organización de servicios sociales), o hacerle saber a la joven dónde los podrá obtener con facilidad.

Es importante que, antes de implementar un cambio de comportamiento, el consejero determine si el joven está preparado para el cambio. Por ejemplo, si una joven está teniendo relaciones sin condón, pero no percibe el riesgo de contraer una ITS, se podría decir que ella está en una etapa precontemplacional, según el Modelo Transteórico de Cambio (MTTC). En este punto, se la consideraría en riesgo de adquirir una ITS-incluyendo el VIH- pero no en una etapa para comprometerse a un cambio

de conducta. La acción más apropiada que el proveedor puede utilizar en esta etapa sería lograr la toma de conciencia por parte de la joven, dando información relevante respecto de las ITS/VIH y la utilización de prácticas sexuales más seguras.

El consejero orientado a la juventud puede utilizar estrategias innovadoras y creativas para compartir esta información. Por ejemplo, puede contar la historia de otra persona joven a la que trató y que enfrentaba los mismos temas (por supuesto, mantendrá el anonimato de la persona y respetará la confidencialidad) o utilizar alguna historia personal apropiada y compartirá con la joven su experiencia y decisiones tomadas al respecto. Esto permite que la joven vea al consejero de una forma más humana, donde ambos se han visto enfrentados a una situación similar. Por ejemplo, si una joven le cuenta al consejero que ha comenzado a retomar su vida social y a disfrutar de su espacio luego de haber terminado con su novio, el consejero puede contarle cómo también disfrutaba de estar solo. Las experiencias personales del consejero deben ser utilizadas de una manera estratégica; pueden ser usadas como una forma de desviar la atención a la historia de la joven, o pueden ser utilizadas como una forma mesurada de “unirse al cliente” en la experiencia de consejería. Escuchando la historia, la joven puede generar conciencia de que ella puede estar en la misma situación.

Sin embargo, si la joven se da cuenta de que fue “peligroso” tener relaciones sexuales sin protección y está preocupada ante la posibilidad contraer una ITS, se diría que está en la etapa de contemplación. Este es el momento en el cual la joven evalúa las ventajas y desventajas de su conducta problemática, y es aquí donde el consejero debiera dirigir la discusión explorando las razones por las cuales la joven se expone a conductas de riesgo, resaltando las ventajas de adoptar una conducta más saludable. Por ejemplo, ¿Qué le impide utilizar condones? ¿Ha discutido alguna vez la posibilidad de utilizarlos con su(s) pareja(s)? ¿Su(s) pareja(s) está(n) en contra de usar condones? ¿Le es difícil obtener condones?

Fase 4: Creación de planes para la acción

La importancia de la colaboración

En la etapa de planificación para la acción es más efectivo colaborar con el joven - tanto como sea posible- que prescribir una intervención. Trabajando en alianza con el adolescente y recibiendo sus contribuciones en relación a lo que quiere hacer, las oportunidades de resistencia se reducen.

Más aún, los jóvenes pueden aportar ideas útiles y relevantes que pueden aumentar la efectividad de la intervención, incrementando así las probabilidades de éxito. Involucrando al adolescente en la creación del plan de acción, el consejero tiene la posibilidad de personalizar la intervención para aumentar su relevancia.

Es más eficaz colaborar con la persona joven que prescribir intervenciones ¿A qué nos referimos con colaboración?

- ❖ No aconsejar
- ❖ No decir a los jóvenes qué hacer
- ❖ No predicar ni disertar
- ❖ No comportarse como un experto
- ❖ No estar en control de las elecciones de vida de la persona, sus opciones ni sus alternativas.
- ❖ No imponer los propios valores y verdades a otros
- ❖ No etiquetar ni diagnosticar
- ❖ No centrarse en enfermedades ni debilidades

Colaborar con el cliente joven significa:

- ❖ Alimentar la autodeterminación y la elección del cliente
- ❖ Permitir que el cliente joven se exprese libremente y sin temor
- ❖ Respetar su dignidad y valor
- ❖ Trabajar con el cliente joven como con un socio
- ❖ Asumir una postura de alumno
- ❖ Asumir una postura tentativa al momento de evaluar y comprobar con el joven si entiende con exactitud su situación
- ❖ Explorar sus fortalezas, potenciales, sueños, deseos, intereses y necesidades
- ❖ Creer en las cualidades resilientes de cliente joven ■

Dar pasos pequeños y realistas

¿Cómo hace una persona joven para avanzar desde el punto en que sabe lo que quiere cambiar hasta el punto en que logra ese cambio? Los consejeros pueden ayudar a los jóvenes clientes a desarrollar planes simples para alcanzar sus metas de salud sexual a través de ideas y estrategias prácticas que les permitan dar pasos pequeños y realistas que, al ser fáciles de lograr, generarán en el cliente la sensación de éxito. Este pequeño éxito es apreciado de una forma más inmediata y es muy importante para aquellos jóvenes a los que les resulta difícil ver cambios a largo plazo. Al tener la posibilidad de ver que pueden dar pequeños pasos con éxito, los jóvenes clientes comenzarán a creer que el cambio es posible y que ellos pueden ser la persona que quieren ser.

La principal tarea del consejero es ayudar a elaborar planes que sean concretos y realizables -y que reflejen las necesidades y deseos de la persona joven- a la vez que lleven a que el joven los logre con éxito. A continuación se presenta una discusión sobre el Modelo Transteórico de Cambio Prochaska y DiClemente (Prochaska y DiClemente, 1983; DiClemente y Prochaska, 1998), que puede utilizarse en el desarrollo de intervenciones comprensivas que coincidan con la etapa que el joven vive en su proceso de cambio.

Modelo Transteórico de Cambio (MTTC)

Hay tres instancias principales en el MTTC:

- Etapas de cambio
- Procesos de cambio
- Niveles de cambio

El énfasis del Modelo Transteórico de Cambio está puesto sobre la conducta intencional. Hay tres construcciones principales en el modelo: etapas de cambio, procesos de cambio y niveles de cambio (DiClemente y Prochaska, 1998).

Etapas de cambio (ECC)

Consiste en cinco etapas además de un continuo que representa la motivación y el interés de una persona para modificar una conducta actual. A medida que los indivi-

duos avanzan a través de estos niveles, van alcanzando cambios de comportamiento exitosos (ibid). Estas etapas son: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. **Precontemplación** es la etapa en la cual el adolescente no quiere cambiar una conducta problemática o no reconoce que existe un problema. **Contemplación** es el período en el que el joven está considerando cambiar su comportamiento y evaluando las ventajas y desventajas de la conducta problemática frente a la nueva conducta. En general es una etapa de ambivalencia y resistencia. La **Preparación** es el estadio en el cual el adolescente determina que las consecuencias adversas de mantener su conducta problemática actual pesan más que los beneficios. El individuo está preparado para cambiar.

La etapa de **Acción** ocurre cuando el individuo cambia o modifica sus conductas. El **Mantenimiento** sucede tres a seis meses después de que se ha implementado la nueva conducta, y consiste en modificar el estilo de vida de modo que el nuevo comportamiento se establezca e impida que el cliente vuelva a su antigua conducta (Cassidy, 1997; DiClemente & Prochaska, 1998). Las dos tablas a continuación resumen las hipótesis más importantes del MTTC y las etapas clave del cambio aplicado a la juventud.

Supuestos clave del Modelo Transteórico de Cambio aplicado a los jóvenes

El comportamiento de los jóvenes cambia poco a poco. Como consejero, no espere que las personas tengan la capacidad de hacer grandes cambios en su modo de vida o en su comportamiento; tampoco en sus malos hábitos. Estos se aprenden y se practican durante muchos años y toma tiempo desaprender un comportamiento; es mejor ir paso a paso, que cambiar de súbito. Esto no significa que las personas no puedan hacer cambios drásticos o trascendentales, ya que muchas personas pueden parar rápidamente un comportamiento de salud. Sin embargo, casi todos necesitamos cambiar poco a poco y tomarnos nuestro tiempo para modificar un mal hábito. En la medida en que la meta sea viable, será más probable alcanzarla.

El cambio de comportamiento en los jóvenes no es forzosamente lineal, sino que puede regresarse en espiral a etapas anteriores (recaer). Es imperativo que los consejeros prevean que las personas necesitarán el tiempo suficiente para aclarar sus necesidades, deseos, metas, valores, decisiones y resoluciones. Los clientes tienen que experimentar a su ritmo los sentimientos intensos relacionados con su decisión y su nuevo comportamiento, las recaídas, y su resolución de volver a cambiar. El cambio NO es AUTOMÁTICO. En la orientación

Supuestos clave del Modelo Transteórico de Cambio aplicado a los jóvenes *Continúa de la p.97*

hay que tener en cuenta el hecho de que los jóvenes se encuentran en diferentes etapas del proceso continuo del cambio. Esto quiere decir que habrá jóvenes que saben exactamente lo que quieren y la manera de conseguirlo, y otros que ni saben ni se percatan de que tienen un problema. Los consejeros no suelen decir “hazlo, y ya” o “solo di que NO”, sino que comprenden que no todos los que quieren cambiar están listos para hacerlo. Por lo tanto, ajustan la estrategia de orientación a la etapa del proceso de cambio en la que se encuentra la persona.

El cambio de comportamiento en los jóvenes no es forzosamente lineal, sino que puede regresarse en espiral a etapas anteriores (recaer). En consecuencia, los consejeros que orientan a la juventud presumirán que sus clientes van a avanzar y a retroceder en su decisión de cambiar y durante el cambio de comportamiento. El que una persona tome la decisión de cambiar su comportamiento, no significa que pasará a la etapa de acción y que, en efecto, va a comportarse de otra manera. El proceso de cambio no es lineal, sino cíclico. Las personas deciden cambiar en un momento dado y, en otro momento, pueden decidir regresar al comportamiento antiguo. Esto es normal. Las recaídas no son negativas; son típicas del proceso de cambio. Por ejemplo, una joven puede resolver durante la orientación decirle a su pareja que tiene hepatitis e irse a su casa y cambiar de opinión o aplazar su conversación. Un joven puede decidir terminar con su novia y cambiar de opinión al rato. Cambiar de parecer es una parte normal del proceso decisorio. Los consejeros deben ayudar a los jóvenes a explorar sus sentimientos, emociones, ideas, su resistencia o ambivalencia, y sus percepciones, a fin de que logren comprender su propio proceso de cambio.

Los jóvenes que recaen y vuelven a su comportamiento anterior pueden aprender algo que les ayude a regresar al comportamiento nuevo. Volver a los hábitos antiguos puede enseñar a los jóvenes a evitar otra recaída. Por ejemplo, un joven que quiera dejar de fumar marihuana aprende, después de ceder a la presión de sus amigos, a evitar ir a la esquina donde sus amigos se reúnen. Una madre adolescente aprende a usar sistemáticamente anticonceptivos después de su primer embarazo. Un adolescente aprende a usar siempre condones después de haber estado expuesto a una infección de transmisión sexual (ITS). Un profesor joven aprende a guardar una distancia sana con sus estudiantes después de que lo acusaron de no respetar los límites personales. En otras palabras, las personas pueden aprender de sus equivocaciones, las que les ofrecen una gran oportunidad de ver los errores que cometieron, tener perspectivas

Supuestos clave del Modelo Transteórico de Cambio aplicado a los jóvenes *Continúa de la p.98*

de crecimiento y evitar repetir el mismo comportamiento. Por consiguiente, las equivocaciones no son realmente fracasos; de hecho, son grandes maestros.

Antes de producir un cambio de comportamiento en los jóvenes, hay que evaluar y determinar su disposición para el cambio. Muchas “intervenciones” fracasan porque se presume que las personas están listas para cambiar.

Por consiguiente, los consejeros deben evaluar la situación del cliente en el proceso del cambio. Un axioma viejo en trabajo social es “encontrarse con el cliente donde está”. Esto se aplica también a la orientación para la prevención de la infección por el VIH y la salud sexual y reproductiva. Informar a las personas acerca de la transmisión de las enfermedades y del uso de anticonceptivos no es suficiente. Es provechoso, pero no basta. Si las personas cambiaran fácilmente con la información que se les da, dicha intervención sería eficaz y ello representaría el final del asunto. Pero el cambio no se produce solamente con la información. Las personas están condicionadas a comportarse de cierta manera, y desaprender un modelo de comportamiento exige tiempo, paciencia, reflexión y trabajo. Los consejeros exploran los sentimientos, las emociones, las ideas y el discernimiento de sus clientes para ayudarles a conocerse a sí mismos, darse cuenta de su ambivalencia, su resistencia y sus motivaciones. De esta forma, la orientación ofrece la oportunidad de acompañar al cliente en el proceso de cambio y es muy distinto de la pura “educación”. Los consejeros hacen preguntas, buscan aclaraciones, señalan las discrepancias e incongruencias, y se enfrentan respetuosamente con el cliente para ayudarlo a avanzar en el proceso de cambio y a alcanzar las metas que persigue.

Étapas Clave de Cambio aplicadas a la juventud (ECC)

Precontemplación: Los jóvenes desconocen el problema o la necesidad de cambiar

Ejemplos:

- José bebe y conduce un vehículo, pero no lo ve como un problema.
- Rebeca se inyecta drogas y comparte las agujas con sus amigos, pero no se considera vulnerable a la infección por el VIH.
- Mario tiene muchos compañeros sexuales masculinos; mantiene relaciones sexuales con desconocidos y generalmente no tiene tiempo de usar condones. Dado que selecciona a hombres de aspecto “sano”, piensa que no está en riesgo de contraer la infección por el VIH ni ninguna otra ITS.
- Mariana, 16 años, tiene relaciones sexuales con su novio. No utiliza ningún método anticonceptivo, ni condón.

Étapas Clave de Cambio aplicadas a la juventud (ECC) *Continúa de la p.99*

- A los 24 años, Armando todavía “se acuesta con cualquier hombre joven” y no cree que sea problema en su matrimonio con su nueva esposa. No se siente vulnerable a la infección por el VIH porque es la pareja que penetra.
- Carlos, un travesti, se viste de mujer los jueves y viernes y se va a un bar a “levantar hombres heterosexuales.” Aunque una vez le dieron una golpiza por “engañar” a un hombre “heterosexual”, sigue incurriendo en el comportamiento sexual que lo pone en riesgo de ser víctima de violencia.
- Freddie usa Internet con frecuencia para “ligar” con otros hombres; suele ir a donde viven o se reúne con ellos en sitios públicos para tener relaciones sexuales. Aunque tiene relaciones sexuales orales sin protección, se arriesga a contraer ITS.

Contemplación: La persona joven está pensando en la posibilidad del cambio.

Ejemplos:

- Pedro tiene exceso de peso y está pensando que este año debe adelgazar.
- Marcus es diabético y le gustan los postres. Ha hablado con una enfermera de la localidad acerca de que quiere controlar sus hábitos alimentarios.
- Desde que Bernarda tiene uso de razón ha pensado que nació en el cuerpo equivocado. No siente que es mujer, sino hombre. Está considerando seriamente solicitar un cambio de sexo.
- Paula tiene tres hijas y un hijo y está pensando en usar condones con su esposo para evitar contraer la infección por el VIH. No confía en que su esposo sea monógamo.
- Esther, de 17 años, está pensando conversar con su amiga íntima acerca de la atracción fuerte que siente por ella.
- Bertha “salió del closet” con sus amigos más íntimos y les dijo que es lesbiana. Está pensando en hablar con sus padres sobre su identidad sexual.
- Roberto está pensando sostener una conversación seria con su compañero acerca de usar condones con regularidad.

Preparación: La persona joven está motivada y se compromete a cambiar.

Ejemplos:

- Abel fuma mucho y quiere dejar de fumar. Visita a un consejero para que lo ayude a abandonar el hábito.
- Armando se pasa la mitad del día, todos los días, navegando por las páginas de Internet que contienen pornografía. Está descuidando sus estudios y su trabajo a tiempo parcial. Quiere dejar de hacerlo y pide ayuda a un consejero.

Etapas Clave de Cambio aplicadas a la juventud (ECC) *Continúa de la p. 100*

- María ha decidido comenzar a tomar anticonceptivos y a utilizar condón en todas sus relaciones sexuales. Va a consultar a un consejero.
- Pablo se juega todo lo que toca. Gasta casi todo su sueldo en el juego. La esposa lo ha amenazado con dejarlo si no deja de apostar, y él va a consultar a un trabajador de salud mental.
- Sergio se preocupa porque su novia no tiene la costumbre de usar el cinturón de seguridad. Trata este problema con ella, quien le ha prometido empezar a ponerse el cinturón.
- Sebastián compra por fin condones y lubricantes y los conserva en su mochila por si los necesita.
- Socorro ha decidido buscar la ayuda de un médico para el tratamiento de la ansiedad.
- Elsa compró un brazalete especial del sida para que le recuerde que debe usar condones siempre para no infectarse.
- Teodoro ha decidido no frecuentar una tienda de video con cabinas insalubres para tener relaciones sexuales.
- Tomás y Guadalupe, a sugerencia de un consejero, decidieron comprar un libro sobre intimidad sexual para mejorar su relación.
- Valentín va a un consultorio para conseguir agujas estériles nuevas para inyectarse drogas, en vez de compartir las agujas con sus compañeros.

Acción: La persona joven adquiere un comportamiento nuevo.

Ejemplos:

- Teresa comienza a trotar para hacer ejercicio.
- Sancho empieza a usar regularmente condones.
- Sara conversa con sus hijos acerca de la sexualidad y las relaciones sexuales.
- Santiago empieza a ver a un consejero en su escuela.
- Alejandra empieza a tomar sus medicamentos para evitar los dolores de cabeza.
- Carlos impone su autoridad con su familia.
- Eloísa conversa con su esposo acerca de su falta de intimidad con ella.
- Modesto compra los condones y lubricantes y los usa con las mujeres con quienes mantiene relaciones sexuales.
- Osvaldo evita ir a saunas que son frecuentados por homosexuales.
- Raúl va a un grupo de apoyo para co-dependientes.
- Soledad tira a la basura los cigarrillos y les dice a todos sus conocidos que dejó de fumar.
- Wilfredo conversa con sus compañeros sexuales acerca de su estado con respecto a la infección por el VIH.

Etapas Clave de Cambio aplicadas a la juventud (ECC) *Continúa de la p.101*

- Adela le hace ver a su jefe el sexismo que éste despliega en el trabajo.
- Adrián lleva a su hija adolescente a ver a un médico para que éste le hable de las opciones de anticoncepción.
- El matrimonio Sánchez acude a un consejero familiar para orientación matrimonial.
- Ursula deja a su esposo.
- Carla notifica a las autoridades de que su esposo abusó sexualmente de su hijo de 11 años.
- Pepe, un transexual que se transformó en mujer, es congruente con su nuevo papel y usa ropa femenina.

Mantenimiento: El joven sigue aplicando su nuevo comportamiento.

Ejemplos:

- Alejo sigue evitando usar cocaína.
- Blanca evita tener relaciones sexuales vaginales sin protección con sus parejas.
- Adolfo sigue evitando a las profesionales del sexo.
- Tito sigue caminando todas las noches para mantenerse sano.
- Chuy sigue evitando las golosinas, los postres y las bebidas gaseosas para controlar su diabetes.
- Nuri sigue evitando las relaciones "turbias".
- Paco sigue acudiendo a la enfermera psiquiátrica de la localidad para que lo oriente.
- Sarita sigue usando anticonceptivos, en particular condones.
- Camila sigue hablando en su hogar de la sexualidad, las relaciones sexuales y las relaciones sanas de pareja.

Procesos de cambio (PCC)

DiClemente y Prochaska (1998) han identificado diez procesos de cambio que son responsables del avance de una etapa a otra. Los primeros cinco procesos cognitivos y de experiencia consisten en la generación de conciencia, alivio notable, reevaluación del entorno, liberación social y reevaluación personal. La **Generación de conciencia** significa estimular a los jóvenes clientes a aumentar su nivel de conocimiento, buscar información o llegar a la comprensión de su problema. El **Alivio notable** es la experiencia y expresión de sentimientos sobre los problemas propios. La **Evaluación del entorno** examina cómo los problemas de un joven afectan el entorno físico,

especialmente a gente que lo rodea. La **Liberación social** aumenta las alternativas para los problemas de conducta en la sociedad, lo que permite a los adolescentes reconocer que los métodos sexuales más seguros son “buenos”. La **Reevaluación personal** consiste en evaluar cómo se siente un joven consigo mismo y qué piensa de él mismo frente al problema.

Los otros cinco procesos de cambio son la sustitución de conductas, las relaciones de ayuda, el refuerzo del manejo, el control de estímulos y la liberación personal (ibid). La **Sustitución de conductas** implica suplantarse conductas problemáticas por conductas alternativas (Ejemplo, ejercicios para superar la ansiedad, el estrés o los impulsos sexuales de buscar sexo con extraños; o un adolescente decidido solo besar y tocar en vez de buscar sexo con extraños). Las **Relaciones de ayuda** se definen como aquellas que brindan confianza, aceptación y apoyo (Ejemplo, el consejero establece una relación de armonía con el cliente y lo acepta como ser humano, con el valor y la dignidad intrínseca que esto significa. También hace un uso apropiado de la autorrevelación, de manera de invitar a la transparencia, generar confianza y prestar apoyo psicosocial. El **Refuerzo del manejo** es la utilización de estímulos positivos y fijación apropiada de metas; otro término para el refuerzo positivo o recompensa por buen comportamiento (Ejemplo, reconocer la actitud de una joven que ha alentado y elogiado -frente a sus compañeros- a otra adolescente que ha decidido hablar con su novio sobre protegerse de las ITS; elogiar a un joven porque ha dejado de fumar, comentando positivamente este hecho a un grupo de adolescentes que han formado un club de salud y bienestar; o elogiar un grupo de homosexuales por desalentar el comportamiento sexual peligroso).

El **Control de estímulos** se refiere a la reestructuración del ambiente para que se controlen los estímulos o los factores que desencadenan un comportamiento no deseado (Shinitzky y Kub, 2001). Como seres humanos, estamos condicionados a comportarnos de un modo determinado cuando somos “causados” por algo más. Por ejemplo, una mecedora puede ser la causa de que alguien vuelva a fumar, si es en ella donde la persona acostumbraba a hacerlo; un determinado baño público puede causar que alguien que lo utilizaba para tener sexo, vuelva a hacerlo; beber alcohol puede causar que una persona se involucre en sexo sin protección, si emborracharse es el primer paso para relaciones sexuales poco seguras; cierta droga, como el éxtasis,

puede ser causa de que una joven tenga sexo con personas con las cuales nunca se involucraría sexualmente estando sobria. Todos estos son estímulos externos que pueden directamente influenciar en el comportamiento. Por esta razón, es necesario controlar y evitar ese estímulo específico. La **Liberación personal** se define como contraer un compromiso firme con el cambio (Prochaska, Redding y Evers, 2002). Por este motivo, decidir abstenerse de un comportamiento sexual específico o retardar el inicio de la actividad sexual, pueden ser decisiones significativas y de liberación personal. También decidir dejar una relación de maltrato, divorciarse de una pareja controladora, utilizar sistemáticamente anticonceptivos, adoptar comportamientos alimenticios saludables y evitar involucrarse con personas inmaduras.

A continuación se resumen estos 10 procesos de cambio.

Diez procesos de cambio aplicados a los jóvenes (PDC)

Procesos vivenciales o cognoscitivos :

Generación de conciencia—la persona joven se da cuenta y llega a comprender el problema de salud sexual o la situación a la que se enfrenta. Cuenta con información y sabe del tema; no recurre a la negación, no se ciega ante el problema. Es consciente de los posibles riesgos y de sus debilidades. La información y educación que se proporcionan a los clientes los concientizan. Esta es la función de las campañas de salud sexual y reproductiva en los medios de comunicación, incluidos los folletos, volantes y carteles sobre la infección por el VIH/sida y las infecciones de transmisión sexual (ITS). Los foros, los programas de entrevistas, los debates, las reuniones en la comunidad y el ayuntamiento, los seminarios, los talleres, el teatro y las conferencias y las ruedas de prensa también crean conciencia. Al convertirnos en un médico o proveedor de servicios de salud "abordable" y al legitimar el tema de la salud sexual como una parte muy importante de la salud y el bienestar general, tratándolo en las visitas de salud regulares, concientizamos.

Alivio notable—los jóvenes tienen y comparten sentimientos acerca de su situación. Lloran, ventilan y expresan su rabia, pena y sensación de deslealtad. El trabajo del consejero consiste en proporcionar a los jóvenes un espacio seguro y protegido donde puedan expresar plenamente estos sentimientos, sin apresurar la orientación ni fijar metas. Es preciso ser tolerantes para escuchar los problemas y soportar las emociones fuertes. Algunas personas no soportan

Diez procesos de cambio aplicados a los jóvenes (PDC) *Continúa de la p.104*

fácilmente las emociones fuertes, como la ira, la desilusión, el dolor y la traición. El consejero facilita la expresión libre de los sentimientos y las emociones de los jóvenes. El concepto más importante que hay que recordar es que las personas a veces no pueden decidir cambiar un comportamiento o actuar en función de lo que han decidido hacer porque todavía experimentan sentimientos y emociones que no han sido expresados a cabalidad. Cuando se manifiestan las emociones, las personas suelen tener la mente más despejada para tomar sus decisiones.

Reevaluación ambiental—los jóvenes examinan el efecto que ejercen sus problemas en el entorno -que incluye a otras personas- como sus familiares, amigos y compañeros. Los consejeros ayudan a los jóvenes a evaluar las repercusiones de su comportamiento en otras personas. De esta forma, los ayudan a ser menos egocéntricos y a sentir más empatía por los demás. Por ejemplo, el joven puede examinar el giro que tomaría su vida si contrajera la infección por el VIH. Puede aprender las reacciones que la infección ocasionaría en su organismo, el efecto que tendría en sus relaciones sexuales, el trabajo, la familia y las metas de su vida.

Liberación social—el joven encuentra más opciones para reemplazar sus comportamientos problemáticos con comportamientos y hábitos sanos. Los consejeros colaboran con sus clientes para ofrecer sugerencias y encontrar opciones y soluciones a los problemas, los conflictos y las circunstancias. Mediante la evaluación de la situación de los jóvenes, los consejeros aprovechan las virtudes internas y cualidades externas de los clientes, sus intereses, estilos de adaptación y flexibilidad para ayudarlos a establecer metas y un plan de acción.

Procesos conductuales:

Autoliberación—el joven se compromete firmemente a cambiar su mal comportamiento. Tomar una decisión requiere un cambio en la manera de pensar, los sentimientos, la actitud, y una aclaración de los valores. La autoliberación se puede explicar elocuentemente con una cita de Ralph Waldo Emerson: "El antepasado de cualquier acto es un pensamiento". Las personas saben y sienten cuando han decidido cambiar; se sienten con energía y motivación para obrar.

Contracondicionamiento—los jóvenes reemplazan con otros comportamientos aquellos que les causan problemas. Un joven decide mascar chicle en vez de fumar; una joven que quiere adelgazar empieza a comer más frutas y verduras, en vez de comer alimentos con grasas; una mujer decide conversar con más franqueza y sinceridad con su esposo, en vez de ser víctima; una

Diez procesos de cambio aplicados a los jóvenes (PDC) *Continúa de la p.105*

joven elige rehusarse a tener relaciones sexuales con su pareja y deja de ceder ante la presión; un joven reafirma su sexualidad y ya no vive atemorizado y en la negación.

Promoción de las relaciones—el joven proporciona o recibe aceptación, confianza y apoyo. Hay cinco ingredientes esenciales para facilitar el cambio de comportamiento: 1) no creerse juez; 2) un ambiente de aceptación, protección y seguridad; 3) franqueza y transparencia, mediante la autorrevelación apropiada; 4) respeto y una opinión positiva incondicional del cliente, y 5) competencia para evaluar la comunicación verbal y no verbal y demostrar una comprensión del joven basada en la empatía.

El manejo de refuerzos—el joven recibe recompensas y refuerzo positivo (estímulo, elogio) y establece metas personales. Todos necesitamos un poco de aliento y apoyo. Los consejeros proporcionan estos refuerzos para motivar a los jóvenes a actuar o a sostener un nuevo modo de vida sano. Los psicólogos industriales hablan de la importancia de dar "palmadas emocionales" para alentar y motivar a las personas, como halagos, reconocimiento de los logros (pequeños o grandes), elogios, admiración, felicitaciones, aplausos y celebración de los éxitos. Esto también es muy pertinente para los jóvenes. Es preciso encomiarlos cuando hacen un buen trabajo, aunque es mejor pedirles que evalúen su desempeño para brindarles la oportunidad de hacer un autoanálisis optimista y formarse una opinión positiva de sí mismos.

Control de estímulos—consiste en eliminar recordatorios o evitar lo que dé pie a incurrir en el mal hábito y agregar recordatorios o señales para ejecutar el buen comportamiento. Algunos ejemplos de señales y estímulos que llevan a los jóvenes a ponerse ellos mismos en riesgo de problemas de salud sexual son: las drogas, el alcohol, la presión negativa de los compañeros y los lugares públicos inseguros para ligar.

Utilización del Modelo Transteórico de Cambio (MTTC)

En la implementación del Modelo Transteórico, el consejero orientado a los jóvenes debe primero hacer una evaluación profunda de la situación del joven cliente (ver sección de Perspectivas Basadas en las Fortalezas, normas para la evaluación de las fortalezas) e identificar la etapa de cambio (ver discusión sobre etapas de cambio, pág. 84) en donde se encuentra el cliente, mediante una entrevista en la que se utilizarán una

serie de preguntas abiertas. Coury-Doniger y col. (2000) presentan una tabla con temas de evaluación, preguntas y técnicas dirigidas al comportamiento y a la determinación de la etapa de cambio, la que se ha adaptado a la población adolescente.

Después de que el consejero haya identificado la conducta problemática y las oportunidades para el cambio, debe proceder a identificar la meta u objetivo de comportamiento del joven cliente.

Cinco dimensiones de la conducta de riesgo para identificar etapas de cambio de comportamiento		
Dimensión de la evaluación	Preguntas de evaluación	Objetivo y etapa probable
Relación	¿Cuál es la situación de tu relación? ¿Estás sexualmente involucrado? ¿Hace cuánto?	<p>Metas y objetivos de comportamiento:</p> <p>Si el joven no tiene pareja (s) sexual, la meta es retrasar la actividad sexual o permanecer sexualmente inactivo (aprender los límites, conocimiento de sí mismo, necesidades emocionales, comunicación sexual y negociación sexual, conocimiento de anticonceptivos -incluyendo el uso correcto del condón y métodos de sexo seguro- y conocimiento de estrategias para disminuir riesgos).</p> <p>Si el joven es sexualmente activo dentro de una relación monógama, la meta es conocer el status de presencia del VIH en él y en su pareja, y aumentar los conocimientos sobre sexualidad.</p> <p>Si el joven es sexualmente activo y tiene múltiples parejas, la meta es la utilización de preservativo (hombre o mujer) para cada encuentro sexual con todas las parejas, y aumentar los conocimientos sobre sexualidad.</p> <p>Si su pareja tiene múltiples parejas, o no está seguro (hombre o mujer), la meta es utilizar preservativo en cada relación sexual y con todas las parejas y aumentar los conocimientos sobre sexualidad.</p>

Cinco dimensiones de la conducta de riesgo para identificar etapas de cambio de comportamiento *Continúa de la p.107*

Dimensión de la evaluación	Preguntas de evaluación	Objetivo y etapa probable
Actitudes y antecedentes sobre el uso de condones	¿Cuál es tu experiencia actual con los preservativos? ¿Cuál es tu experiencia pasada con ellos? Cuéntame de su uso con tu pareja ¿En qué situación? ¿Qué hace que lo uses o no? ¿Ves la necesidad?	Etapa de logro del objetivo: Precontemplación (no ve la necesidad de cambiar) Contemplación (debería cambiar, pero...)
Prueba de ITS/VIH	¿Cómo te sientes frente a una prueba de VIH? ¿Cuándo tuviste una prueba de VIH? Y tu pareja, ¿la ha tenido? ¿Crees que es necesaria esta prueba?	Preparación (comenzando a cambiar, quiere empezar a usar anticonceptivos y condones y a evitar conductas de riesgo) Acción (cambios por 3-6 meses. Se ve en realidad un cambio y uso de métodos sexuales seguros, y se evitan comportamientos de riesgo)
Uso de sustancias	¿Cuál es tu experiencia con la utilización de drogas? ¿Cuándo las usaste? ¿Por cuánto tiempo? ¿Qué tipo? Cuéntame sobre la experiencia de tu pareja con las drogas	Mantenimiento (cambios > 6 meses se mantiene el nuevo comportamiento).

Fuente: Adaptado con el permiso de P.A.-Doninger et al. (2000). From theory to practice: Use of stage of change to develop and STD/HIV behavioral intervention. Phase 2: stage-based behavioral counseling strategies for sexual risk reduction. *Cognitive and behavioral practice*, 7(4), 395-4-6. Nueva York: Association for Advancement of Behavior Therapy.

Etapas de cambio y estrategias de consejería según el Modelo Transteórico de Cambio (MTTC)			
Precontemplación a Contemplación	Contemplación a Preparación	Preparación a la Acción	Acción a Mantenimiento
<p>Generación de conciencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - El consejero da información - El consejero discute los pros y los contras de mantener una conducta problemática - El consejero educa sobre ITS, VIH/sida entre los jóvenes - El consejero enseña sobre riesgos sexuales y sexo seguro - El consejero enseña sobre intimidad, sexualidad, necesidades sexuales y factores que ponen a los jóvenes en riesgo - El consejero enseña sobre la prevalencia de ITS entre los jóvenes 			<p>Manejo de refuerzo</p> <ul style="list-style-type: none"> - El consejero ayuda a los jóvenes a identificar aspectos positivos de los hábitos y conductas saludables - El consejero evalúa motivaciones internas de los jóvenes para entender qué aspectos positivos pueden desarrollarse al tener conductas saludables - El consejero utiliza estímulo y elogios con el joven cliente
<p>Alivio notable</p> <ul style="list-style-type: none"> - El consejero comparte historias de otros, respetando la confidencialidad - El consejero escucha activamente al cliente - El cliente demuestra empatía y expresa sentimientos y emociones 	<p>Auto-evaluación</p> <ul style="list-style-type: none"> - El consejero ayuda a los jóvenes a explorar su ambivalencia o resistencia frente al cambio - El consejero ofrece sustitutos para conductas problemáticas actuales 	<p>Liberación personal</p> <ul style="list-style-type: none"> - El consejero ayuda al joven a desarrollar un plan de acción - El consejero discute submetas y ayuda a desarrollar metas de comportamiento 	<p>Relaciones de ayuda</p> <ul style="list-style-type: none"> - El consejero trabaja con el cliente para identificar apoyo en la familia, los amigos y la comunidad - El consejero provee apoyo psicológico mientras los jóvenes cambian su conducta o tratan de alcanzar sus metas

Etapas de cambio y estrategias de consejería según el Modelo Transteórico de Cambio (MTTC) <i>Continúa de la p.109</i>			
Precontemplación a Contemplación	Contemplación a Preparación	Preparación a la Acción	Acción a Mantenimiento
	<ul style="list-style-type: none"> - El consejero estudia cómo determinado comportamiento afecta la imagen y autoestima del joven cliente 	<ul style="list-style-type: none"> - fáciles de entender - Se discute la implementación de pequeños pasos, con tiempo de acción - El consejero alienta a los jóvenes a que ideen o copien estrategias de salud 	
<p>Reevaluación del entorno</p> <ul style="list-style-type: none"> - El consejero ayuda al joven cliente a entender el impacto de su conducta sobre otros, por ejemplo: discute qué significaría para su familia un diagnóstico positivo de VIH 			<p>Sustitución de conductas de riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> - El consejero ayuda al joven cliente a encontrar sustitutos <p>Control de estímulos</p> <ul style="list-style-type: none"> - El joven evita señales que desencadenan la conducta. (Por ej.: Evita emborracharse en bares) <p>Liberación social</p> <ul style="list-style-type: none"> - El joven se convierte en modelo para sus pares. (Ejemplo: Participa en los esfuerzos comunitarios de prevención del VIH).

Fuente: Adaptado con el permiso de Coury-Doninger et.al (2000) *Use of stage if change to develop and STD/HIV behavioral intervention.*

Usando estrategias de consejería y de ECC

◆ Etapas de precontemplación y contemplación

Es posible que en esta etapa el joven no tenga suficiente información para reconocer que necesita cambiar a fin de abordar un problema, o que tenga sentimientos profundos que hagan que se resista al cambio. Los objetivos de las intervenciones que coinciden con esta etapa son informar y educar al joven, y aumentar sus conocimientos o su conciencia del problema, superando los obstáculos emocionales básicos que hacen que se resista al cambio. Coury-Doniger et al. (2000) proporcionan determinadas estrategias de orientación para dar información que se puede usar para ayudar al cliente a reconocer la necesidad del cambio y a afrontar sus creencias anteriores.

1 Información (concientización): los consejeros orientados a los jóvenes pueden suministrarles información general y personalizada acerca de las ITS y la infección por el VIH, la sexualidad y otros temas de salud sexual y reproductiva, como las prácticas sexuales de bajo y alto riesgo y el uso de métodos de actividad sexual de menor riesgo. Coury-Doniger y col. alientan a los proveedores a usar un formato para que la información sea concisa y apropiada en materia cultural y lingüística y que estimule a los jóvenes a hacer preguntas, pedir aclaraciones y reaccionar a la información presentada. La concientización también se puede usar en la etapa de contemplación. Coury-Doniger cita ocho estrategias para suministrar información concreta, que los consejeros pueden usar, como se ilustra a continuación.

■ Compartir la necesidad de cambio motiva el compromiso, genera confianza y es el primer paso en el desarrollo de cualquier plan a largo plazo.

Estrategia de consejería: brindar información	
Evaluación del riesgo del joven	Hacer que el joven discuta su percepción sobre el riesgo de ITS/VIH y compararlo con los factores que influyen en el riesgo de adquirir la infección.
Conexión entre ITS/VIH y cocaína (u otras drogas)	Explicar la conexión entre la cocaína y el VIH; para los jóvenes con sífilis, explicar la conexión de la sífilis y el VIH.
Inmunidad de las mucosas	Explicar la relación sinérgica entre las ITS y el VIH, y describir cómo una ITS aumenta la susceptibilidad y la capacidad de transmisión del VIH. Describir a los hombres, mujeres y jóvenes transexuales, según sea apropiado, las superficies mucosas de la vagina, la uretra, el recto y la boca y cómo las afectan las ITS.
Seroprevalencia de VIH/ITS en la comunidad juvenil	Conversar sobre lo que se conoce sobre la prevalencia local de VIH/sida (porcentaje de hombres homosexuales/jóvenes homosexuales, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores sexuales, mujeres y jóvenes que viven con el VIH/sida en el área local/región/comunidad).
Utilizar figurines ilustrativos	Explicar los riesgos de un embarazo ectópico y de la infertilidad relacionada con las complicaciones de las ITS en la enfermedad inflamatoria pélvica y la epididimitis; discutir los deseos de embarazos futuros de la joven cliente, la relación entre las ITS/VIH y los resultados adversos en el embarazo, infecciones neonatales, etcétera.
Utilizar figurines ilustrativos	Utilizar diagramas de la situación de la pareja sexual del momento al cliente para demostrarle cómo la conducta de su pareja puede influir sobre su propio riesgo de contraer ITS/VIH.
Evaluar su relación (escala de evaluación)	En una escala del 1 al 10, instar al joven a que evalúe su riesgo de contraer VIH, así como el riesgo de su(s) pareja(s). Discutir su percepción de si los riesgos son diferentes. Esto ayudará al joven a evaluar su propio riesgo de contraer VIH/sida.

Fuente: Adaptado con el permiso de Coury-Doninger et al. (2000). *Use of stage of change to develop and STD/HIV behavioral intervention*. Nueva York: Association for Advancement of Behavior Therapy.

◆ **Etapas de contemplación**

1 Explorar la ambivalencia (reevaluación personal): En general, los clientes jóvenes pueden resolver su ambivalencia cuando asumen sus propios sentimientos y emociones escondidas y cuando tienen la oportunidad de expresar sus percepciones y pensamientos acerca de su situación (contar su historia sin una reacción que lo juzgue). Según Coury-Doniger y col. (2000) “alterar conductas de riesgo se percibe generalmente como abandonar algo que es familiar, automático, placentero y que satisface ciertas necesidades especiales”. Es importante que los consejeros ayuden a sus clientes a reconocer sus necesidades y deseos y a que traten de satisfacerlos utilizando conductas sustitutas que reduzcan el riesgo de adquirir infecciones como el VIH o ITS.

◆ **Etapas de preparación o de disposición para la acción**

La principal tarea para el consejero en esta etapa es ayudar a los jóvenes a identificar los pasos necesarios para el cambio, desarrollar las habilidades necesarias e incrementar la autoeficacia con estímulo y apoyo. Coury-Doniger y col. (2000) explican que los clientes que están listos para la acción por lo general necesitan articular un plan sobre cómo implementarán paso a paso la reducción del riesgo de adquirir ITS/VIH. Este proceso ayuda a clarificar cualquier duda que el adolescente pueda tener, cuida que los errores se cometan en un entorno seguro, permite una retroalimentación de apoyo y, sobre todo, brinda una oportunidad para que el adolescente visualice y especifique los pasos que necesita tomar. La principal tarea del consejero en esta etapa es desarrollar la confianza del joven, estimulándolo a expresar sus necesidades y deseos de cambio de conducta a otras personas importantes en su vida, como por ejemplo, miembros cercanos y confiables de la familia, o amigos. De acuerdo con Coury-Doniger y col., compartir la necesidad de cambio crea compromiso, construye confianza y es un primer paso en el desarrollo de cualquier plan personal a largo plazo.

Las técnicas de construcción de habilidades incluyen preparación individual, caracterización de roles, ensayo de habilidades de comunicación y estímulo al adolescente para que practique estas habilidades con amigos cercanos o personas en las que confíe. Al practicar estas habilidades y recibir retroalimentación directa y

constructiva, el adolescente puede mejorar sus técnicas de comunicación para negociar mejor sus conductas sexuales. Las habilidades pueden incluir la utilización de condón (mujer o varón), el desarrollo de afirmaciones estandarizadas para utilizar en la comunicación con la pareja, y aprender a comunicarse utilizando signos no verbales (por ejemplo, mirar a su pareja a los ojos cuando estén hablando sobre sexo).

◆ **Etapa de acción y mantenimiento**

Cuando los jóvenes clientes comienzan a implementar su conducta nueva o modificada, todavía necesitan apoyo y estímulo. En esta etapa, las tareas de consejería consisten en ayudar a los jóvenes a refinar, ajustar y establecer de manera más firme las nuevas conductas, especialmente cuando enfrentan consecuencias no esperadas y eventos que alteran su vida (Coury-Doniger y col., 2000). Durante esta etapa, los consejeros ayudan a preparar a los adolescentes para solucionar problemas actuales o que podrían presentarse, y a construir sobre los éxitos, concentrándose en lo que ha dado resultado antes en situaciones iguales o similares.

La etapa de mantenimiento se caracteriza por el compromiso con las conductas nuevas o modificadas después de seis meses de cambio persistente. Sin embargo, los clientes aún pueden recaer en patrones de conductas previos (Prochaska y DiClemente, 1983; Coury-Doniger y col., 2000). En esta etapa, son importantes el refuerzo del manejo, la maximización de las relaciones de apoyo, la utilización de técnicas de sustitución de conductas, el control de estímulos y la liberación social.

1 Refuerzo del manejo: Los consejeros pueden ayudar a los clientes a comprender qué les gusta hacer realmente y a utilizar estas actividades (mientras sean positivas) como recompensas. Estas recompensas pueden ser utilizadas incluso para los cambios más mínimos que el adolescente haya logrado (Coury-Doniger y col., 2000). Por ejemplo, un adolescente varón de 17 años que ha dejado de beber y de tener relaciones sexuales sin protección con personas que no conoce puede recompensarse a sí mismo haciendo algo que no ha hecho en mucho tiempo, como por ejemplo, ir con amigos a un parque natural o al cine.

2 Identificar relaciones de ayuda: Cambiar de conducta implica abandonar lo ya conocido. Los jóvenes, por lo general, necesitan apoyo cuando se

enfrentan a la incertidumbre del cambio. El apoyo social lo pueden brindar los pares de la escuela, amigos, miembros de la familia, consejeros escolares o las parejas sexuales. Los adolescentes también pueden identificar actividades o eventos que se desarrollan en su comunidad y que ofrecen maneras más formales de ayuda, como pueden ser los grupos de apoyo. Los consejeros pueden cooperar con los adolescentes para identificar a las personas o grupos que puedan dar este apoyo.

3 *Encontrar sustitutos (a conductas de riesgo)*: Los consejeros pueden ayudar a los adolescentes a entender si sus conductas de riesgo satisfacen sus necesidades, y a explorar alternativas más sanas (Coury-Doniger y col., 2000). Por ejemplo, un consejero puede sugerir que un joven sustituya el emborracharse y las aventuras de una noche, por citas y relaciones más desarrolladas.

4 *Evitar señas/recordatorios (control de estímulos)*: Investigaciones sobre el abandono del hábito de fumar y las conductas adictivas muestran que las conductas se convierten en patrones por factores ambientales, psicológicos o emocionales que estimulan la conducta. De manera similar, muchos clientes explican que estados de ánimo específicos o detonantes ambientales -como personas, lugares y eventos- evocan su conducta sexual, incluyendo la conducta de alto riesgo. El desafío para el consejero en esta instancia es ayudar a la persona joven a identificar los catalizadores que evocan dicha conducta y a encontrar alternativas para los mismos. Ejemplo de esto es un joven que tenía encuentros sexuales en los baños públicos de una ciudad cercana. Dijo que iba a los baños públicos en sus momentos de mayor ansiedad. El consejero le preguntó por qué estaba ansioso y averiguó que la conducta la provocaba el temor de que su padre se diera cuenta de que era homosexual. A esta ansiedad se sumaba su temor de abandonar la escuela. El consejero ayudó al joven a tomar conciencia de estos detonantes y le enseñó a utilizar técnicas de relajación. Además, lo estimuló a no concurrir a los baños cuando sintiera ansiedad y lo puso en contacto con un grupo de apoyo para LGBT (lesbianas, gay, bisexuales y travestis). En este caso, una combinación de sustituciones (utilizar técnicas

de relajación), evitar detonantes (no ir a los baños) y relaciones de ayuda (grupos de apoyo) ayudaron al joven a modificar su conducta.

5 Convertirse en un modelo a imitar (liberación social): Una intervención común utilizada en la prevención del VIH es convertirse en modelo o ejemplo, ya que ayuda a prevenir recaídas. Los consejeros pueden estimular a los jóvenes clientes que han alcanzado la etapa de mantenimiento a convertirse en modelos para sus pares.

En el desarrollo de estas intervenciones que toman en cuenta la preparación del joven para el cambio, los consejeros deben también responder a la situación individual y etapa de desarrollo en que se encuentra el adolescente. Vernon (1993) sugiere algunas claves muy útiles para el desarrollo de intervenciones con jóvenes:

Claves para desarrollar intervenciones con jóvenes

Elaborar planes que sean específicos y personales. No desarrollar planes que no tengan sentido para el joven ni estén relacionados con su situación actual.

Ser concreto y práctico con los planes, para que correspondan a intervenciones apropiadas de acuerdo a la edad. No ser complejo ni sofisticado con los adolescentes muy jóvenes, ni diseñar planes que sean difíciles de seguir.

Dar tareas para el hogar y asignarles fechas. No crear planes a largo plazo sin fechas específicas y tareas para completar.

Buscar personas de apoyo para estimular y apoyar a la juventud a alcanzar las metas. No trabajar en un vacío. Cuando sea apropiado, utilizar a los padres y la familia para recolectar información clave y apoyo para la intervención.

Encontrar recursos en la comunidad para que sean utilizados por los jóvenes; por ejemplo, libros que sean relevantes. No se deben prometer recursos de la comunidad y olvidar llevarlos a la próxima reunión.

Adaptado con el permiso de A. Vernon (1993). *Developmental assessment and intervention with children and adolescents*. Alexandria, VA: American Counseling Association.

Claves para desarrollar intervenciones con jóvenes *Continúa de la p. 116*

Hacer que el joven tome notas de su progreso en un diario privado guardado en un lugar seguro. No se debe asignar llevar un diario si el cliente no tiene privacidad para tenerlo en un lugar seguro, o si vive con una familia que no respeta su espacio personal.

Brindar motivación externa: elogiar y estimular al cliente, felicitarlo por las ideas que aporta al plan y por pequeños éxitos. No se deben criticar sus ideas, ni reírse o ridiculizarlas; tampoco ignorar los éxitos pequeños.

Formular preguntas a los clientes para asegurar que entienden todos los pasos del plan. No asumir que el joven cliente entiende las metas y el plan la primera vez que lo discuten.

Fase 5: Implementación de planes orientados a los jóvenes

Después de haber seleccionado la intervención, el próximo paso es la implementación. Esta etapa puede ocurrir de distintas maneras: (a) inmediatamente después del diseño de la intervención, dentro de la misma sesión; (b) como una tarea para el hogar, de manera que el cliente la implemente entre sesiones; (c) como una implementación “paso a paso” en donde se trabaja un segmento de la intervención seguido de pasos adicionales, después de haber completado exitosamente el primero y; (d) una combinación de las tres.

Al trabajar con clientes jóvenes, es importante recordar que, dado que su sentido del tiempo es tan inmediato, puede ser necesario identificar un aspecto del problema, diseñar una intervención y pasar directamente a la implementación en un período corto de tiempo. La ventaja de este abordaje es que muestra a la juventud que algo se puede realizar, lo que hace parecer menos abrumador el desafío o la situación actual. La posible desventaja es que todo el proceso es más gradual. Los consejeros

Adapted with permission from A. Vernon (1993). *Development assessment and intervention with children and adolescents*. Alexandria, VA: American Counseling Association.

deben tener en cuenta con quién están trabajando y adaptar el proceso de acuerdo a eso. Más aún, luego de que la intervención haya sido seleccionada e implementada, el consejero y el cliente pueden volver a evaluar la situación y después retornar a la etapa de planificación para buscar otro tema.

Los consejeros de la juventud deben utilizar su juicio para determinar qué cantidad de los desafíos del momento deben trabajar y a qué ritmo deben proceder con las intervenciones. En cierta medida, esto depende de la edad del joven y de la magnitud y grado de intensidad del problema. Si el problema interfiere mucho con la vida diaria y provoca mucha angustia al cliente o a otros, se recomienda trabajar partes del él e intervenir de una forma más temprana, volviendo a la evaluación según sea necesario.

La implementación de planes para el cambio de comportamiento debe realizarse cuando el adolescente esté listo para la acción o preparándose para la misma. La etapa de acción es cuando el adolescente de hecho modifica su conducta. En este punto será apropiado que el consejero verifique con el adolescente para confirmar y validar si las metas de cambio fijadas aún son relevantes y precisas. Los consejeros saben que las metas pueden cambiar para el joven cliente y que deben mantenerse abiertos y flexibles para manejar estos cambios. Habiendo decidido una acción específica, el joven ya está listo para implementar y poner en práctica lo que tiene intención de hacer. Durante esta fase, el adolescente puede experimentar cierta ansiedad, dado que el cambio está relacionado con el manejo de lo desconocido. Los consejeros deben tener conocimiento profundo de cómo el joven está encarando los cambios. En esta etapa es muy importante proveer estímulos y apoyo al cliente. Los consejeros deben continuar expresando empatía por cualquier temor o incertidumbre que el joven pueda experimentar durante el cambio.

Las intervenciones también pueden ser implementadas exitosamente como una tarea para el hogar. Esto no solo refuerza los conceptos discutidos durante la sesión de consejería, sino que también es particularmente útil para los individuos más jóvenes cuya capacidad de memoria de una sesión a otra es, por lo general, limitada. La asignación de tareas para el hogar puede realizarse de distintas formas:

- **Lectura:** biografías, ficción, no ficción, poesía, revistas o artículos del periódico.
- **Escritura:** revistas, diarios personales, poesía, ficción, cartas para expresar emociones o clarificar pensamientos.
- **Tareas de comportamiento:** ejercicios de toma de riesgo, concreción de la tarea, aprendizaje de nuevas habilidades.
- **Observar/mirar:** películas y programas de televisión específicos, distintas formas en las que otros se comportan y abordan situaciones.

Es muy importante invitar al joven cliente a participar en la asignación de tareas para el hogar. El consejero puede explicar el propósito de la tarea en la casa, y cómo lo ayudará a alcanzar las metas identificadas.

Trabajar una intervención en segmentos también contribuye a su efectividad. Por ejemplo, con un adolescente ansioso, las intervenciones de comportamiento necesitan ser desarrolladas e implementadas siguiendo una jerarquía cuidadosamente estructurada y dividiendo la última meta en pasos manejables y apropiados al desarrollo de sus habilidades. Si se intenta hacer mucho y en poco tiempo, el joven puede desalentarse, haciendo que todo el procedimiento fracase. Si bien dividir la intervención en partes sucesivas requiere paciencia y una planificación cuidadosa, a largo plazo, el esfuerzo vale la pena.

La etapa final del cambio de comportamiento se conoce como la etapa de mantenimiento, y continúa generalmente durante varios meses después de que el joven ha asumido el nuevo comportamiento. La mejor intervención en este punto es continuar estimulando y reforzando de manera positiva, con énfasis en un modo de vida sano como una buena forma de mantener el nuevo comportamiento. Esto puede lograrse de mejor manera estableciendo visitas periódicas, y elogiando y alentando a la persona joven cada vez que actúa de acuerdo al comportamiento que se ha propuesto cumplir. El consejero debe explicar al cliente joven que la recaída es parte normal del proceso de cambio, y que quizá haya casos donde estará tentado a caer en comportamientos peligrosos. El consejero orientado a la juventud debe explicar que en caso de que incurra en su antiguo comportamiento, quizá experimente emociones fuertes como la vergüenza o la culpa. La persona joven debe

■ La mejor intervención en este punto es el estímulo continuo, el refuerzo positivo y un enfoque de estilo de vida saludable

sentir que el consejero está de su lado y lo apoyará es sus momentos de éxito, así como también en sus momentos de recaída.

Fase 6: Monitoreo del progreso y evaluación del cambio

¿Cómo saber si la intervención funcionó? Esta es la pregunta principal a formular durante la etapa de evaluación. Por lo general, si los consejeros no saben si los desafíos y situaciones han sido resueltos, es porque no han explotado adecuadamente las oportunidades de evaluación. El apremio del tiempo, la falta de compromiso, la falta de oportunidad, la falta de habilidades de evaluación o el temor a ella, suelen interferir en este paso crucial. La intervención puede implementarse y la situación puede mejorar temporalmente, pero a no ser que se ejerza un procedimiento de evaluación sistemático, el proceso de implementación estará incompleto. Sin un examen deliberado de lo que funcionó y lo que no, el problema aumentará en intensidad y gravedad y el cliente volverá a buscar ayuda. Si se permite que el problema se agrave, cualquier esfuerzo para lograr un nuevo cambio se hará más difícil.

Se recomienda una evaluación continua y un término gradual cuando el consejero ve poco o ningún avance o cuando las metas se han cumplido. Cuando es apropiado, involucrar a gente cercana al cliente en el proceso de evaluación puede proveer un entendimiento clave sobre si las cosas están mejorando fuera de la sesión de consejería. Al orientar a los jóvenes en temas de salud sexual, la pareja del joven pueda formar parte del proceso de evaluación, si al joven le parece apropiado y da su permiso. Una sesión corta de evaluación puede proveer información fundamental sobre qué funcionó y qué temas aún necesitan ser abordados. Un proceso de eliminación por etapas puede proveer mayor información y apoyo. Vernon (1993) explica que si se considera que la evaluación es una parte integral del proceso de intervención, se establece un círculo de retroalimentación. Es decir, basándose en la evaluación, puede ser necesario volver a la etapa de planificación y luego diseñar e implementar nuevas estrategias para solucionar diversos aspectos del problema.

Parte C: El proveedor evalúa su propia consejería

Un cambio de la conducta sexual puede facilitarse cuando la persona joven identifica y explora sus ambivalencias o resistencias hacia un nuevo comportamiento -así como los significados que atribuye a este hecho- y revisa además las opciones que tiene para mantener o mejorar su conducta. Hasta el momento, se ha dicho que una consejería orientada a los jóvenes busca alejarse de un proceso de recolección estricta de datos y de entrega de información (interrogación clínica sobre temas sexuales o comportamientos de riesgo) y presentarse como un proceso más dinámico y de colaboración, donde el proveedor utiliza la entrevista para desarrollar una relación de confianza, expresar empatía con el joven, formular preguntas significativas y clave, y lograr la integración de la información provista. En este aspecto, la relación es personalizada y relevante para el joven cliente, ya que el proveedor se toma el tiempo para responder a sus temas y preocupaciones individuales. Los jóvenes no son tratados como receptores genéricos y pasivos de información, sino como personas activas que pueden identificar los problemas y preocupaciones actuales, fijar metas para el plan de acción, tomar sus propias decisiones sobre el cambio y reflexionar sobre sus progresos (Miller, 1993; Rogers, 1959; Nolan, 1995).

La siguiente matriz busca ayudar a los proveedores a implementar y evaluar su práctica de consejería orientada a los jóvenes, maximizando las oportunidades para desarrollar las condiciones necesarias para el cambio, colaborar con un enfoque respetuoso y de alianza, identificar la disposición para el cambio, y explorar la ambivalencia y los factores que pueden impedir o acrecentar el cambio en la gente joven:

Listado de verificación de consejería orientada a los jóvenes		No se aplica	No logrado	Parcialmente logrado	Totalmente logrado
Al inicio de la entrevista de consejería, (el proveedor se pregunta):					
1. ¿Trabajé en un lugar privado, agradable y cómodo para los jóvenes? ¿Me esforzé en asegurar un lugar privado para la discusión de temas delicados de salud sexual y reproductiva? ¿Evité las barreras físicas, como por ejemplo un escritorio entre el joven cliente y yo?					
2. ¿Me presenté y expliqué mi papel en forma breve, y describí la consejería de salud sexual y reproductiva de una manera que no amedrentara al joven y fuera fácil de comprender?					
3. ¿Comencé a establecer un ambiente cordial, abierto y de confianza?					
4. ¿Aclaré temas y condiciones de confidencialidad y disponibilidad para proveer sesiones de consejería? ¿Fui claro al explicar que la consejería es completamente voluntaria y que el cliente puede abandonar el proceso en cualquier momento?					
5. ¿Usé términos no técnicos, evitando la jerga profesional, y utilicé un lenguaje fácil de entender y apropiado para la edad de mi cliente? ¿Utilicé un lenguaje neutral cuando me referí a parejas sexuales?					
6. ¿Presté atención al cliente a través de un contacto ocular apropiado (dependiendo de las normas culturales del cliente), y observé su conducta no verbal (qué cosas me decía su lenguaje corporal)? ¿Hice algo para ayudar a que el joven se sintiera más cómodo en la oficina? (Le di una silla confortable, mostré interés en reunirme con él, recordé su nombre, fui sensible a los gestos faciales del cliente)					
7. ¿Tuve una postura natural y cómoda con el cliente? ¿Estaba yo sentado cómodamente, y hablé de una manera relajada y con tono tranquilizador? ¿Fui genuino y auténtico en mi relación con el joven cliente? (Ej. ¿Realmente me interesé en ella/él?)					

Continúa de la p.122

Listado de verificación de consejería orientada a los jóvenes

Al inicio de la entrevista de consejería, (el proveedor se pregunta):

- | | No se aplica | No logrado | Parcialmente logrado | Totalmente logrado |
|---|--------------|------------|----------------------|--------------------|
| 8. ¿Establecí un vínculo a través de preguntas generales (por ejemplo, pasatiempos, intereses, escuela) antes de invitar al joven a compartir lo que lo llevó a la consejería? ¿Utilicé experiencias o historias personales para generar apertura y confianza? | | | | |
| 9. ¿Pregunté los motivos o razones por las que el joven cliente buscó consejería? (¿Por qué me vino a ver?) | | | | |
| 10. ¿Realicé preguntas clave de evaluación sobre salud sexual que nos ayudaron a ambos a entender su situación actual? ¿Di oportunidad para que el joven compartiera su situación sin interrupciones? | | | | |
| 11. ¿Demostré una disposición incondicionalmente positiva (profundo respeto por el cliente y su dignidad como persona al escuchar y atender la comunicación verbal y no verbal de la persona joven? ¿Me abstuve de emitir juicio sobre la conducta o situación del cliente, aunque no estuviera de acuerdo con todo lo que el joven estaba haciendo? ¿Fui cordial, abierto, confiable, respetuoso y tolerante? ¿Validé las experiencias y sentimientos del joven? | | | | |

Listado de verificación de consejería orientada a los jóvenes				
<i>Continúa de la p. 123</i>				
Al conversar sobre conductas sexuales y la situación actual (el proveedor se pregunta):	No se aplica	No logrado	Parcialmente logrado	Totalmente logrado
<p>1. ¿Utilicé preguntas abiertas para explorar temas relevantes y facilitar la participación activa del cliente en el proceso? ¿Exploré las razones subjetivas del cliente para hacer ciertas cosas? Ej. ¿Qué significa para usted tener un bebé en este momento? ¿Qué significa para usted tener contacto sexual con su novio/a? ¿Qué significa para usted hablar de condones con su pareja?</p>				
<p>2. ¿Ayudé a mi cliente a identificar y aclarar la potencial ambivalencia entre lo que él quería o necesitaba que pasara? ¿Trabajé con el cliente para identificar las barreras y recursos o fortalezas para el cambio? ¿Hice preguntas sobre conflictos, inconsistencias o discrepancias con los objetivos, inconsistencias o comportamientos? Ej. "Escuché que quieres cuidarte para no contraer VIH, pero que también quieres seguir manteniendo relaciones sexuales no seguras, lo cual te pone en un gran riesgo de contraer VIH u otra ITS. Estoy confundido sobre estas dos posiciones, ya que ambas están en conflicto. Ayúdame a entender cómo el mantener relaciones sexuales no seguras te ayudará a protegerte de una ITS"</p>				

Continúa de la p. 124

Listado de verificación de consejería orientada a los jóvenes

Al discutir conductas sexuales y la situación actual (el proveedor se pregunta):

	No se aplica	No logrado	Parcialmente logrado	Totalmente logrado
<p>3. ¿No di directivas? ¿Escuché al cliente con empatía y respondí a sus experiencias y sentimientos? ¿Evité decirle al cliente qué hacer y qué decidir? ¿Evité utilizar persuasión y manipulación? ¿Le permití al joven presentar sus opciones posibles y le ayudé a entender las consecuencias de cada una de ellas? ¿Le permití al joven cliente tomar una decisión informada?</p>				
<p>4. ¿Desarrollé metas específicas y realistas junto con el cliente? ¿Utilicé la oportunidad de la entrevista para clarificar cuál era la situación del cliente (evaluación) y le comuniqué verbalmente su evaluación en un lenguaje simple? ¿Me concentré en preocupaciones importantes del cliente y trabajé en conjunto para explorar lo que deseaba y quería cambiar? Después de esta indagación, ¿Trabajé con el cliente para definir una meta alcanzable? ¿Respondí a la conducta no verbal del cliente al tomar la decisión, es decir, si el cliente rió, lloró, miró hacia abajo, estaba tenso? ¿Validé las experiencias y sentimientos del joven al tomar una decisión? Ej.: "Estás tomando una decisión muy importante sobre cómo usar tu sexualidad con otros a partir de ahora. Esto es difícil para ti dado que te gusta tener relaciones con tus parejas ¿Cómo te sientes ahora sobre esa decisión?"</p>				

Continúa de la p. 125

Listado de verificación de consejería orientada a los jóvenes

Al conversar sobre conductas sexuales y la situación actual (el proveedor se pregunta):

5. ¿Le pregunté al joven cliente qué entendía sobre la información compartida o aprendida en relación a temas como anticoncepción, uso de condón, sexualidad, etc.? ¿Fui más allá de la simple entrega de información y educación? ¿Evalué lo que el joven había aprendido o recordaba? Eji.: "Has recordado mucha información sobre cómo utilizar la píldora. Esto demuestra que tienes una excelente memoria. Ahora, hálame sobre lo que discutimos en relación a los posibles efectos de tomar la píldora"

6. ¿Evalué la etapa de cambio en la que el cliente se encontraba? Las respuestas verbales y las intervenciones utilizadas durante la sesión, ¿respondieron a la etapa de cambio en la que el cliente estaba? ¿Fue la intervención sensible al género y etapa de desarrollo del cliente? ¿Fueron las opciones que presenté apropiadas para la edad? ¿Correspondieron con lo que a los varones o las mujeres les interesa?

Totalmente logrado

Parcialmente logrado

No logrado

No se aplica

Listado de verificación de consejería orientada a los jóvenes				
<i>Continúa de la p.126</i>				
Cierre: Antes de terminar la entrevista (el proveedor se pregunta):	No se aplica	No logrado	Parcialmente logrado	Totalmente logrado
1. ¿Resumí la entrevista de modo de clausurar la sesión? ¿Le pregunté al joven si había algo que no se hubiera desarrollado y que sería importante discutir para desarrollar mejor un plan de acción? Ej.: "¿Qué otras preocupaciones tienes que serían importantes de discutir?"				
2. ¿Revisé los sistemas de apoyo (recursos internos y externos, amigos/fortalezas, actividades placenteras y seguras) y posibles barreras al cambio (ambiente, estrés, pérdidas, temores, dudas)? ¿Le hice notar al cliente que el cambio puede ocurrir a pequeños pasos? ¿Le di esperanza?				
3. ¿Protegí la autonomía del cliente apoyando su autodeterminación en el proceso de tomar decisiones? ¿Aclaré opciones y consecuencias en relación a opciones alternativas, apoyando la libertad y la elección del cliente para proceder con el plan de acción?				
4. ¿Negocié el próximo paso de consejería en relación al plan de acción y las metas?				

Listado de verificación de consejería orientada a los jóvenes		<i>Continúa de la p. 127</i>			
Cierre: Antes de terminar la entrevista (el proveedor se pregunta):	No se aplica	No logrado	Parcialmente logrado	Totalmente logrado	
5. ¿Reforzó verbalmente el esfuerzo del cliente por discutir o iniciar el cambio?					
6. ¿Proporcioné opciones y alternativas éticas (derecho a información sexual precisa, ausencia de maldad, beneficio)? ¿Respondí sensiblemente y estuve al servicio de los jóvenes? ¿Respeté la dignidad y el valor de la persona joven? ¿Intervine con integridad y competencia?					

Sección Tres

**Literatura de apoyo a los
componentes centrales
del Modelo de Consejería
Orientada a los Jóvenes**



Sección Tres

**Literatura de apoyo a los
componentes centrales
del Modelo de Consejería
Orientada a los Jóvenes**

Teorías, modelos y perspectivas



Esta sección dará al lector una breve reseña de teorías, modelos y perspectivas detrás de la consejería orientada a los jóvenes, y explicará cómo han sido implementadas para cambiar diferentes comportamientos, incluyendo los sexuales. El objetivo de incluir esta revisión empírica es proveer al lector de una mirada más cercana en relación a cómo estos acercamientos teóricos han sido utilizados separadamente, y cómo han sido efectivos para lograr cambios de conductas individuales. La elección de estas teorías no significa que sean las únicas y más efectivas para lograr involucrar a los jóvenes en la consejería. Sin embargo, cada uno de estos acercamientos puede ser aplicado fácilmente al trabajo con los jóvenes para facilitar el cambio, de manera que éste sea consistente con la filosofía y práctica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Los autores de esta guía esperan que la integración de opiniones, hipótesis de cambio y aplicación de las habilidades de práctica derivadas de estas orientaciones teóricas y estudios empíricos, sean útiles para los consejeros que trabajan con jóvenes en temas de salud sexual y reproductiva.

Consejería orientada al cliente: antecedentes y evidencia

Cerca de un tercio de las personas que tienen VIH/sida en todo el mundo son personas jóvenes de entre 15 y 24 años. Cuando se incluyen las edades de 10 a 14, ese número sube a un cincuenta por ciento (ONUSIDA, 2002). Más aún, un estudio de jóvenes realizado en México, Sudáfrica y Tailandia determinó que los jóvenes, tanto con

experiencia sexual como sin ella, creían tener el mismo nivel de riesgo de contraer VIH/sida, indicando la necesidad de realizar una intervención adecuada (Stewart, McCauley, Baker y col., 2001).

Sin embargo, una revisión realizada hace varios años con el auspicio del Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/sida (ONUSIDA) determinó que los programas de educación tienen un impacto limitado en la conducta de los jóvenes (Grunseit, Kippax, Aggleton, y col., 1997). Esta revisión resume una cantidad sustancial de evidencia disponible y concluye que si bien los programas efectivos de educación de alta calidad pueden ayudar a retrasar las relaciones sexuales, proteger a jóvenes sexualmente activos de VIH y otras ITS, y reducir las tasas de embarazos no deseados, solo fueron altamente efectivos si se implementaron antes del inicio de la actividad sexual. La eficacia de la consejería para la prevención de la infección por el VIH u otras ITS en jóvenes ha sido, hasta hace poco, muy cuestionada. Un meta-análisis de 27 estudios controlados que evaluaron la conducta sexual antes y después de la consejería y evaluación del VIH indicó que éstos solo redujeron las conductas de riesgo en individuos que ya habían sido infectados por el VIH (Weinhardt, Carey, Johnson y Bickham, 1999).

Sin embargo, una prueba controlada, aleatoria y multicéntrica fue realizada comparando los efectos de los mensajes didácticos de prevención de VIH y la consejería intensiva orientada al cliente en una muestra amplia (5.758) de pacientes heterosexuales VIH negativos de 14 años de edad en adelante, que pedían evaluación sobre ITS (Kamb, Fishbein, Douglas y col., 1998). Después de seis meses, se concluyó que los sujetos que recibieron la consejería tenían más tendencia a utilizar preservativos (100 % del tiempo) y habían contraído menor número de ITS. Después de doce meses, se determinó que el porcentaje de reducción en la tasa de ITS persistió entre aquellos que recibieron consejería orientada al cliente. Lo más notable fue que la reducción de ITS fue mayor en adolescentes que en la mayoría de los otros grupos.

Esta prueba, conocida como proyecto RESPECT, fue realizada en cinco clínicas públicas de ITS en ciudades a lo largo de Estados Unidos entre julio de 1993 y septiembre de 1996. Los resultados proveen la evidencia más sólida conseguida hasta el momento sobre la efectividad del enfoque orientado al cliente para la prevención de VIH, y acentúa la importancia de distinguir la consejería orientada al cliente, de

la educación sexual (Kamb, Fishbein, Douglas y col., 1998). Esto no quiere decir que los proveedores no tengan que estar preparados para brindar información precisa en relación a los riesgos de distintas conductas, como las vías de transmisión de ITS/VIH; más bien quiere decir que dicha información debe ajustarse a las conductas, circunstancias y necesidades del individuo al cual se está aconsejando. Un enfoque orientado al cliente le permite al consejero adaptar dicha información a la etapa particular de cambio del cliente, sus prioridades y metas (Norton, Miller y Johnson, 1997).

El enfoque orientado al cliente también está apoyado por los resultados de la investigación sobre los resultados de la psicoterapia, que sugiere que 70 por ciento de su éxito es producto de la relación cliente/terapeuta y de los recursos propios del cliente (Duncan, Hubble y Scout, 1997). Además, la investigación apoya la creencia de que el éxito terapéutico depende de la existencia de una relación abierta, de confianza y colaboración, o de una alianza entre el cliente y el terapeuta (Frank y Gunderson, 1990). La investigación también muestra una fuerte relación entre la ausencia de dicha colaboración y la falta de adhesión del cliente al tratamiento (Bozarth, 1999).

El enfoque orientado al cliente descansa sobre la hipótesis de que el individuo cuenta con innumerables recursos internos para comprenderse y cambiar la opinión de sí mismo, así como sus actitudes y conductas (ibid.). Carl Rogers (1951), el reconocido padre del enfoque orientado al cliente, mantiene que dentro de un contexto terapéutico estos recursos solo pueden usarse dentro de un clima que facilite su acceso. Por lo tanto, Rogers sostiene que es más probable que el cliente cambie cuando el terapeuta (1) no se distancia de él, erigiendo una fachada profesional o personal, (2) tiene una actitud positiva que no juzga lo que él expresa en un momento dado, (3) capta correctamente los sentimientos y significados personales que él está experimentando y (4) manifiesta comprensión.

Debe tenerse en cuenta que el enfoque orientado al cliente es más que el proceso que incluye comprensión y respuesta con empatía (Watson, 2001). Por definición, el terapeuta o consejero tiene que ser capaz de adaptarse a cada cliente como individuo y modificar su lenguaje como fuera necesario para promover la mutua comprensión (Brodley, 1999). Otras formas importantes de interacción, además de la comprensión y respuesta con empatía, son moldeadas por la conducta del consejero que no da directivas y que confía en la predisposición natural hacia el crecimiento o la actualiza-

ción. No dar directivas se refiere a la atención del consejero para respetar y proteger la dirección y autonomía propia del cliente, y se establece sobre la visión de que el cliente, y no el consejero, es el experto en relación a sí mismo (Rogers, 1951).

Ampliación del enfoque orientado al cliente: El Modelo Transteórico de Cambio (MTTC)

Si bien el enfoque orientado al cliente se ha hecho más integral con el paso del tiempo, una debilidad importante es que no identifica de manera suficiente las etapas de desarrollo por las que los clientes pueden, potencialmente, pasar (Maddi, 1996). Sin embargo, esta carencia está adecuadamente compensada, cuando el enfoque orientado al cliente se ubica en el contexto del Modelo Transteórico de Cambio (MTTC). Desarrollado por Prochaska y DiClemente (1983), este modelo opera a partir de la premisa de que los seres humanos atraviesan etapas de cambio similares, independientemente del tipo de teoría que se aplique. El MTTC es integrado por dos componentes fundamentales: las cinco etapas de cambio y los diez procedimientos esenciales de cambio. Las cinco etapas de cambio muestran la secuencia de cambio que los individuos parecen atravesar. Estas son: (1) precontemplación; (2) contemplación; (3) preparación; (4) acción; y (5) mantenimiento.

La precontemplación es la etapa en la cual el individuo no tiene intención de alterar su conducta; en la contemplación comienza a considerar un cambio de comportamiento; en la etapa de preparación el joven ya ha dado algunos pasos en cuanto a un cambio de conducta hacia el objetivo individual y ha decidido actuar en el futuro inmediato; luego viene la acción, que comienza cuando la persona ha empezado a cambiar su conducta; y finalmente se habla de mantenimiento, que asume que el individuo ha tenido éxito en lograr el cambio y está en el proceso de mantenerlo (Prochaska, Redding y Evers, 1997).

Los diez principales procesos de cambio son actividades que la gente utiliza para progresar a través de las etapas de cambio, y proveen a los clientes, terapeutas, consejeros y programas de intervención de directrices para lograr la nueva conducta. Estos son: generación de conciencia, alivio notable, reevaluación personal, reevaluación del entorno, liberación personal, desarrollo de relaciones de ayuda, control de estímulos, sustitución de conductas y refuerzo del manejo y liberación social (Prochaska, Velicer, Rossi y col., 1994).

En resumen, el Modelo Transteórico de Cambio implica que distintos enfoques e intervenciones son necesarios para las personas en sus diferentes etapas de cambio. Además, provee de una guía sobre qué proceso es más efectivo en cada estadio. El MTTC involucra el concepto de balance de decisión y autoeficacia (Prochaska y Velicer, 1997) que, derivado del modelo de toma de decisiones de Janus y Mann (1977) y simplificado como resultado de una serie de estudios conducidos por Prochaska, Velicer, Rossi y col. (1994), se refiere al acto individual de considerar las ventajas y desventajas relacionadas con un cambio de conducta en particular.

La efectividad del Modelo Transteórico de Cambio

El Modelo Transteórico de Cambio nació de estudios prospectivos, retrospectivos y transversales, que investigan los distintos significados a través de los cuales los individuos abandonan el hábito de fumar. Son estudios que utilizan métodos de análisis de factor y de grupo (Wyatt, Tucker y Romero, 1997) y, a raíz de ellos, se ha detectado bastante apoyo al Modelo Transteórico de Cambio. La mayor parte del apoyo empírico para este modelo ha sido el resultado de estudios de investigación de conductas adictivas, en particular sobre el abandono del hábito de fumar (Prochaska, Velicer, Rossi y col., 1994). Siqueira, Rolnitzky y Rickert (2001) utilizaron el MTTC para examinar la relación de la dependencia a la nicotina, el estrés y los métodos de manejo. El estudio involucró a 354 pacientes clínicos entre 12 y 21 años, todos los cuales informaron haber fumado en el pasado o estar fumando en la actualidad. Un estudio llevado a cabo por Woodby, Windsor, Zinder y col. (1999) para determinar las variables independientes que ayudaban a dejar de fumar entre una muestra de 435 embarazadas receptoras de Medicaid, buscó determinar si las etapas de cambio comprendidas en el MTTC predecían cambios en la conducta de fumar durante el embarazo. Los resultados indicaron que las variables para no fumar durante el tercer trimestre fueron la autoeficacia, la exposición al humo del cigarrillo en el ambiente, la exposición de la paciente a educación y la duración del hábito del tabaco, confirmando así la utilidad de la investigación del Modelo Transteórico.

El MTTC ha sido validado y aplicado no solo en el caso del tabaco, sino también en una variedad de conductas como la del ejercicio, la dieta y la utilización de anticonceptivos (Ozer, Brindis, Millstein y col., 1997). Además, enfoques simples basados en las cuatro

etapas de cambio han validado la efectividad de este modelo (Kirby, 1997). En una revisión de la literatura, Ashworth (1997) se realizaron seis pruebas que compararon las intervenciones basadas en etapas, con aquellas que no lo estaban. Los resultados de estas pruebas sugirieron que las intervenciones basadas en etapas fueron las más efectivas.

Más específicamente, los estudios confirman la utilidad del Modelo Transteórico en relación a la conducta sexual de los jóvenes. Un estudio utilizó el MTTC para consignar la efectividad del programa de educación de pares -llevado a cabo entre jóvenes de décimo grado de zonas rurales en el sur de los Estados Unidos- para reducir las conductas de riesgo asociadas con el sida. Los sujetos fueron divididos en dos grupos comparativos que recibieron y no recibieron capacitación en liderazgo. Ambos grupos completaron una encuesta extensa que medía los conocimientos escritos, las actitudes y la conducta al principio, al final y a los ocho meses de iniciada la capacitación. En la última encuesta, aquellos que habían sido capacitados por educadores pares reportaron tener un aumento del conocimiento de las conductas de riesgo del VIH, mayor frecuencia de conversaciones con los pares sobre la utilización de métodos anticonceptivos/preservativos y de infecciones de transmisión sexual, y más autoeficacia en la utilización de preservativo y el uso consistente del mismo. Más aún, el resto de los adolescentes que participaron reportaron un aumento sustancial en la utilización de preservativos y un descenso en las relaciones sexuales no protegidas (Smith, Dane, Archer y col., 2000).

El Modelo Transteórico ha demostrado ser útil para determinar la disposición para usar preservativos y otros anticonceptivos entre 3.784 mujeres en cuatro ciudades, reclutadas tanto en centros comunitarios no dirigidos a mujeres VIH positivas como en centros médicos para la población VIH positiva. El estudio mostró que si bien las etapas experimentadas por las participantes coincidían con el modelo, la distribución de preservativos y anticonceptivos varió de acuerdo al centro (O Campo, Fogarty, Gielen y col., 1999).

La investigación ha determinado que las intervenciones deben coincidir con la cultura de la audiencia a la que se dirigen, ya que así son más efectivas en cambiar la actitud y la conducta adolescente y tienden a ser culturalmente apropiadas (Wyatt, Tucker y Romero, 1997). Un estudio combinó marcos de referencia africanos y afro-americanos con las etapas de cambio para influir sobre la toma de decisiones sexuales entre mujeres adolescentes (Johnson, Johnson, Heurich y col., 1998). El estudio demostró que el Modelo Transteórico de Cambio es adaptable a distintas culturas.

Si bien la investigación en relación a la aplicabilidad específica del Modelo Transteórico en la prevención de VIH/sida es escasa, Prochaska, Velicer, Rossi y col. (1994) han sostenido que la información transversal apoya el uso del MTTC en la prevención de VIH/sida. Más aún, los propios investigadores han notado que ciertos procesos de cambio son útiles en la prevención de VIH/sida, algunos de los cuales son más aplicables en ciertas etapas. Por lo tanto, es esencial identificar la etapa de cambio en la cual se encuentra el individuo y utilizar las intervenciones que sean las más apropiadas. Los individuos en la etapa de precontemplación, por ejemplo, serían aquellos que no están al tanto de los riesgos del sida, aquellos que subestiman sus propios riesgos de infección y aquellos que por alguna razón, no intentan evitar conductas de riesgo (Valdiserri, 1992). En esta etapa, los individuos tienden a defender sus conductas y a resistir el cambio. Por consiguiente, un aumento en el nivel de conocimiento y conciencia del riesgo de sida (por ejemplo, generación de conciencia), sería el proceso más apropiado. Por otra parte, en la etapa de contemplación los individuos están al tanto de las conductas de riesgo y consideran seriamente cambiarlas. Por lo tanto, necesitan métodos de estímulo, apoyo, refuerzo positivo y prevención adicional de recaídas (ibid).

Aunque es efectivo, el Modelo Transteórico de Cambio funciona mejor con enfoques complementarios adjuntos. Dos de éstos son la Fijación de Metas y la Entrevista Motivacional.

Teoría de Fijación de Metas

La teoría de Fijación de Metas tiene sus raíces en la teoría cognitiva social de Bandura (1977). Ésta sostiene que los cambios en la conducta dependen de la fijación de las metas, que se basan en las expectativas de los resultados de dichos cambios, y en las expectativas puestas en las tareas y la autoeficacia necesarias para alcanzarlas (Bandura, 1982).

La autoeficacia es un concepto clave en la teoría de Fijación de Metas, y se define como las capacidades percibidas por el individuo para aprender o realizar acciones a determinados niveles (Bandura, 1977). Numerosos estudios han demostrado que la autoeficacia es una variable independiente clave en la adhesión del cliente a los programas de prevención de salud (O Leary, 1992), así como a regímenes de ejercicio (McAuley, Lox y Duncan, 1993).

La autoeficacia, motivación, aprendizaje y habilidad para realizar una evaluación personal del progreso mejoran, en conjunto, la capacidad del individuo para el ordenamiento personal. La evaluación personal del progreso fortalece la autoeficacia y sostiene la motivación. Las metas tienen un impacto positivo en estos factores (Bandura, 1977), ya que motivan a las personas a poner en marcha los esfuerzos necesarios para cubrir las demandas, perseverar y ayudar a fomentar el compromiso necesario para el cambio de conducta (Locke y Latham, 1990). Las metas también enfocan la atención del individuo en tareas pertinentes, conductas necesarias y resultados potenciales, y asisten en la selección y aplicación de estrategias adecuadas (ibid.). La investigación ha encontrado que el enfoque en metas y la identidad personal están positivamente relacionadas con el bienestar personal, así como con innumerables resultados en la vida (Goldman, Masterson, Locke y col., 2002). Además, una serie de estudios realizados por un grupo de investigadores determinó que la evaluación personal estaba relacionada con comportamientos que fijan objetivos (Erez y Judge, 2001). Se ha visto que alcanzar las metas contribuye aún más a la construcción de la autoeficacia y ayuda al individuo a fijar metas nuevas y más difíciles (Schunk, 1995).

Debe destacarse que, si bien las metas pueden aumentar la regulación u ordenamiento personal, dicho aumento no se realiza automáticamente, y la especificidad, proximidad y dificultad de las metas, son de una importancia crítica (Schunk, 2001). La investigación ha demostrado que metas próximas a corto plazo resultan en una mayor motivación y un mejor ordenamiento que metas temporalmente distanciadas o a más plazo (Bandura, 1997; Boekaerts, Pintrich y Zeidener, 2000).

Entrevista Motivacional

La Entrevista Motivacional es un estilo de consejería enfocado en metas y orientado al cliente, que busca efectuar un cambio de conducta ayudando al joven a investigar y resolver sus ambivalencias (Baker y Dixon, 1991). Como tal, es una técnica intencionalmente directiva. Sin embargo, hay conductas específicas que se pueden enseñar que son características del estilo de la Entrevista Motivacional. Las principales son el intento de entender el marco de referencia del cliente escuchándolo reflexivamente, la articulación de aceptación y afirmación, la deducción y el refuerzo selectivo de las declaraciones del joven, la confirmación de interés, deseo, intención, y la habilidad de cambiar (ibid.).

Hay múltiples estudios controlados que muestran que las técnicas de la Entrevista Motivacional son tan efectivas como los doce pasos de facilitación y las técnicas de comportamiento cognitivo. Uno de estos estudios evaluó la efectividad de una breve Entrevista Motivacional en embarazadas que bebían, para reducir la exposición fetal al alcohol. Más de cuarenta embarazadas bebedoras fueron asignadas al azar a dos grupos; uno que recibió información escrita sobre los riesgos asociados con el consumo de alcohol durante el embarazo, y otro que participó en una Entrevista Motivacional de una hora. Dos meses después, las participantes con los niveles más altos de alcohol en la sangre en las etapas más tempranas del embarazo, y que participaron en la Entrevista Motivacional, mostraron un descenso significativo en la concentración de alcohol en la sangre. Los investigadores han concluido que la Entrevista Motivacional puede ser utilizada para promover una disminución en el consumo de alcohol entre mujeres embarazadas de alto riesgo (Handmaker, Miller y Manicke, 1999). Por su parte, Miller (1993) reprodujo estos estudios con bebedoras intensas y determinó que el estilo de terapia que incluía empatía era efectiva para un descenso en el consumo de alcohol.

Se ha visto que las técnicas de Entrevista Motivacional son más efectivas para individuos que se encuentran en la etapa de precontemplación o contemplación, etapas que representan desafíos para consejeros y terapeutas (Miller, 1993). Además, se ha visto que sesiones breves de consejería de cinco a quince minutos son tan efectivas como intervenciones más largas (Grupo de Estudio de Intervenciones Breves de la OMS, 1996). En otro estudio, 160 pacientes psiquiátricos internados por consumo de sustancias fueron asignados al azar para asistir a una Entrevista Motivacional o recibir un folleto de autoayuda. Esto demostró que la Entrevista Motivacional fue modestamente efectiva a corto plazo, indicando la necesidad de seguimiento tras el alta, particularmente en el caso del uso de marihuana (Baker, Lewin, Reichler y col., 2002).

En otro estudio, los sujetos fueron asignados al azar a una sesión estándar de evaluación o a una evaluación reforzada por técnicas de Entrevista Motivacional. Los resultados concluyeron que los participantes expuestos a la Entrevista Motivacional mostraron una tendencia significativamente mayor a asistir, como mínimo, a una sesión adicional después de la primera evaluación. Por lo tanto, los resultados de este estudio indican que esta técnica y, quizás, otras modificaciones, pueden aumentar la participación de pacientes que abusan de sustancias y que están en el

proceso de recuperación. Este estudio representa un aporte adicional al gran cuerpo de investigaciones que apoya el uso de la Entrevista Motivacional con individuos que toman alcohol (Caroll, Libby, Sheehan y Hyland, 2001).

Las investigaciones iniciales indicaron que la Entrevista Motivacional ayuda a minimizar el riesgo del VIH en quienes abusan de sustancias (Baker y Dixon, 1991). Un ensayo clínico aleatorio más reciente evaluó una intervención en la reducción del riesgo de VIH basada en el uso de la Entrevista Motivacional y otros modelos. La información recogida después de la intervención y durante el seguimiento sugiere un fortalecimiento en el conocimiento y la intención de reducir el riesgo entre los participantes del programa en relación a un grupo control. Además, los participantes cuyas intenciones de reducir riesgos eran bajas, aumentaron la utilización de condones y fueron más propensos a rechazar relaciones sexuales sin protección (Carey, Braaten, Maisto y col., 2000).

Al utilizar la técnica de la Entrevista Motivacional, debe tenerse en cuenta que es mejor que el consejero se centre en las fortalezas del cliente más que en sus deficiencias. Cuando el consejero se centra en las deficiencias del joven cliente está contribuyendo efectivamente a la formación de barreras que impiden la utilización de su fortaleza personal y, por consiguiente, está violando el principio central del enfoque orientado en el cliente. De hecho, dicho énfasis refuerza la naturaleza inherentemente desigual de la relación entre consejero y cliente, y puede hacer que se cumplan afirmaciones personales adversas (Cowger, 1994).

La Entrevista Motivacional, la orientación hacia el cliente, la Fijación de Metas y la Perspectiva de Fortalezas, son todas teorías compatibles con el Modelo Transteórico de Cambio. Mientras que éste último requiere conciencia de las etapas potenciales que el cliente puede atravesar durante el proceso de cambio, la Fijación de Metas provee al cliente de una herramienta importante para impulsar el cambio personal por sí mismo, con el apoyo de la Entrevista Motivacional. Sin embargo, es importante recordar que la noción de consejería orientada al cliente sirve como centro alrededor del cual todo el modelo gira. De acuerdo a esto, todas las construcciones descritas anteriormente deben ser implementadas e integradas de manera que el principio de orientación hacia el cliente no se comprometa.

Material de lectura adicional para consejeros



Material de lectura adicional para consejeros



Las siguientes lecturas pueden ser efectivas para los proveedores de salud y los consejeros en su búsqueda de información técnica adicional. Cada referencia ha sido seleccionada por su relación con los jóvenes y adolescentes, consejería, sexualidad, VIH/sida, promoción de salud, prevención de enfermedades y desarrollo de conductas. Las publicaciones mencionadas no representan el pensamiento de la Organización Panamericana de la Salud/OPS. Ellas son enunciadas para dar al lector una idea del material disponible

Annon, J.S. (1976). *Behavioral treatment of sexual problems: Brief therapy*. New York: Harper & Row.

Angleton, P. (1999). *Men who sell sex: International perspectives on male prostitution and AIDS*. London: UCL Press.

Archer, J., Cooper, S. (1998). *Counseling and mental health services on campus: A handbook of contemporary practices and challenges*. San Francisco: Jossey-Bass.

Aronstein, D.M. and Thompson, B.J. (Eds.). (1998). *HIV and social work: A practitioner's guide*. New York: The Harrington Park Press.

Barnett, B. and Schueller, J. (2000). A. Aron and S. Corne. (Eds.). *Meeting the needs of young clients: A guide to providing reproductive health services to adolescents*. Research Triangle Park, NC: Family Health International.

Baruch, G. (2001). *Community-based psychotherapy with young people: Evidence and innovation in practice*. Philadelphia: Taylor and Francis.

Berman, L.A. (2003). *The puzzle: Exploring the evolutionary puzzle of male homosexuality*. Wilmette, IL: Godot.

- Beymer, L. (1995). *Meeting the guidance and counseling needs of boys*. Washington, DC: American Counseling Association.
- Black, M. (2002). *The no-nonsense guide to international development*. Oxford, UK: New Internationalist Publications Ltd.
- Bloom, M. (1996). *Primary prevention practices*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bloom, B.S. (1985). *Developing talent in young people*. New York: Ballantine Books.
- Bornstein, K. (1998). *My gender workbook*. New York: Routledge.
- Boswell, J. (1980). *Christianity, social tolerance, and homosexuality: Gay people in western europe from the beginning of the christian era to the fourteenth century*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Bowman, R.P., Bowman, S.C. (1998). *Individual counseling activities for children*. Chapin: SC: YouthLight.
- Brammer, L.M. (1993). *The helping relationship: Process and skills. (5th Ed.)*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Breinbauer, C. and Maddaleno, M. (2005). *Youth, choices and changes: Promoting healthy behaviors in adolescents*. Washington, DC: PAHO/WHO.
- Brodley, B.T. (2001). *Observations of empathetic understanding in a client-centered practice*. In Haugh, S. and Merry, T. (Eds.). *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice, Volume 2*. England: PCCS Books, Ross-on-Wye.
- Brown, B.B. (1984). *Between health and illness: New notions on stress and the nature of well being*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Buscaglia, L. (1978). *Personhood: The art of being fully human*. New York: Fawcett Columbine.
- Buscaglia, L.F. (1982). *Living, Loving and Learning*. New York: Fawcett Columbine.
- Cáceres, C.F., Pecheny, M., Júnior, V.T. (Eds.) and Brito, A., Frasca, T., Guajardo, G., Manzelli, H., Toro, J. (2003). *AIDS and male-to-male sex in Latin America: Vulnerabilities, strengths and proposed measures-Perspectives and reflections from the point of view of public health, social sciences, and activism*. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Carle, G. (2000). *Teen Talk with Dr. Gilda: A girl's guide to dating*. New York: HaperCollins Publishing.
- Carmichael, C.G., Carmichael, J.K. and Fischl, M.A. (1995). *HIV/AIDS Primary care handbook*. Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Crawford, I. and Fishman, B. (Eds.). *Psychosocial interventions in HIV disease: A stage-focused and culture-specific approach*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- Crooks, R. and Baur, K. (1999). *Our sexuality. (7th Ed.)*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing.

- Diaz, R.M. (1998). *Latino gay men and HIV: Culture, sexuality, and risk behavior*. New York: Routledge.
- DiClemente, R.J., Crosby, R.A., and Kegler, M.C. (2002). *Emerging theories in health promotion practice and research: Strategies for improving public health*. San Francisco: Josey-Bass.
- Dryfoos, J.G. (1998). *Safe Passage: Making it through adolescence in a risk society*. New York: Oxford University Press.
- Dubois, B. and Krogstad Miley, K. (1999). *Social work: An empowering profession*. (3rd Ed.). Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- DuToit, B.M. (1998). *Human sexuality: Cross cultural readings*. (5th Ed.). New York: McGraw-Hill.
- Elster, B. A. and Kuznets, N. J. (1994). *AMA Guidelines for adolescent preventive services (GAPS): Recommendations and rationale*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Edwards, W.M. & Coleman, E. (2004). Defining sexual health: A descriptive overview. *Archives of sexual behavior*, 33(3), 189-195.
- Farmer, P. (2003). *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor*. Los Angeles: University of California Press.
- Fodor, J.T. and Dalis, G.T. (1989). *Health instruction: Theory and application*. Philadelphia: Lea and Febiger.
- Fox, N.J. (1994). *Postmodernism, sociology and health*. Toronto, Canada: University of Toronto Press.
- Freire, P. (1973) *Pedagogy of the oppressed*. New York: The Seabury Press.
- Freire, P. (1997). *Pedagogy of hope: Reliving pedagogy of the oppressed*. New York: The Continuum Publishing Company.
- Freudenberg, N., Zimmerman, M.A. (Eds.), Becker, M.H., Israel, B.A., and Janz, N.K. (1995). *AIDS prevention in the community: Lessons from the first decade*. Washington, DC: American Public Health Association.
- Fromm, E. (2000). *The art of loving*. New York: Perennial Classics.
- Fuller, A. (1998). *From surviving to thriving: Promoting mental health in young people*. Australia: Australian Council for Educational Research.
- Gagnon, J.H. (1977). *Human sexualities*. Glenview, Illinois: Scott, Foresman and Company.
- Ghuman, H.S., Weist, M.D. and Sarles, R.M. (2002). *Providing mental health services to youth where they are: School- and community-based approaches*. New York: Brunner-Routledge.
- Gifford, A.L., Lorig, K., Laurent, D., González, V. (2000). *Living well with HIV and AIDS*. (2nd Ed.). Palo Alto, CA.

- Gilks, C., Floyd, K., Haran, D., Kemp, J., Squire, B., Wilkinson, D. (1998). *Sexual health and health care: Care and support for people with HIV/AIDS in resource-poor settings*. Liverpool, UK: Department for International Development (DFID).
- Gilligan, C. (1993). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gladding, S.T. (1992). *Counseling: A comprehensive profession (2nd edition)*. New York: Macmillan Publishing Company.
- Glenn, H.S. and Nelsen, J. (2000). *Raising self-reliant children in a self-indulgent world: Seven building blocks for developing capable young people*. Roseville, CA: Prima Publishing.
- Glanz, K., Lewis, F.M., and Rimer, B.K. (Eds.). (2002). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. (3rd Ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Gostin, L.O. and Lazzarini, Z. (1997). *Human rights and public health in the AIDS pandemic*. New York: Oxford
- Granich, R. and Mermin, J. (1999). *HIV, Health, and your community: A guide for action*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Greenspan, S.I. (2002). *The secure child: Helping our children feel safe and confident in an insecure world*. Cambridge, MA: Perseus Publishing.
- Gurian, M. (2001). *Boys and girls learn differently: A guide for teachers and parents*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hoffman, M.A. (1996). *Counseling clients with HIV disease: Assessment, intervention, and prevention*. New York: The Guilford Press.
- Hulton, L.J. (2001). The application of the transtheoretical model of change to adolescent sexual decision-making. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 24(2): 95-115.
- International Planned Parenthood Federation. (2002). *Counseling for HIV/STI prevention in sexual and reproductive health settings: For counselors, health workers, educators and all those working in HIV/STI/AIDS*. London: IPPF.
- Jayasuriya, D.C. (Eds.). (1995). *HIV law, ethics and human rights: Text and materials*. New Delhi: India: UNDP.
- Jemmott III, J.B. and Jemmott, L.S. (2000). HIV behavioral interventions for adolescents in community settings. In Peterson, J.L. and DiClemente, R.J. (Eds.). *Handbook of HIV prevention*. New York: Plenum.
- Jenkins, C.D. (2003). *Building better health: A hand book of behavioral change*. Washington, DC: PAHO/WHO.
- Jessop, E.G. (1991). Screening. *Health Education Journal*, 50, 1-52.
- Jones, A.E. (1998). *104 activities that build: self-esteem, teamwork, communication, anger-management, self-discovery, coping skills*. Richland, WA: Rec Room Publishing.

- Jourard, S.M. (1971). *The transparent self*. New York: D. Van Nostrand.
- Kalichman, S.C. (1995). *Understanding AIDS: A guide for mental health professionals*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kaiser, J.D. (1993). *Immune power: A comprehensive treatment program for HIV*. New York: St. Martin's Press.
- Kegan, R. (1994). *In over our heads: The mental demands of modern life*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kirby, D. (1999). Reflections on two decades of research on teen sexual behavior and pregnancy. *Journal of School Health*, 69(3), 89-94.
- Kottler, J.A. (2002). *Students who drive you crazy: Succeeding with resistant, unmotivated otherwise difficult young people*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- Krause, F.H. and Hendrickson, D.E. (1972). *Counseling techniques with youth*. Columbus, OH: Charles E. Merrill Publishing.
- Lightfoot, C. (1997). *The culture of adolescent risk-taking*. New York: The Guilford Press.
- Lines, D. (2002). *Brief counselling in schools: Working with young people from 11 to 18*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Locke, D.C., Myers, J., Herr, E.L. (2001). *The handbook of Counseling*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Loewenberg, F.M. and Dolgoff, R. (1992). *Ethical decisions for social work practice*. (4th Ed.). Itasca, IL: F.E. Peacock Publishers, Inc.
- Long, V.O. (1996). *Facilitating personal growth in self and others*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing.
- Lorish, R.C. (1974). *Teaching counseling and problem-solving skills to disadvantaged young adults*. Boston: Boston University School of Education.
- Luxmoore, N. (2000). *Listening to young people in school, youth work and counselling*. Philadelphia, PA: Taylor and Francis Group.
- Lynch, V.J. (Ed.). (2000). *HIV/AIDS at year 2000: A sourcebook for social workers*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Mabey, J.A. and Sorensen, B. (1995). *Counseling for young people*. (Counseling in Context). Philadelphia: Open University Press.
- Maddi, S. R. (2001). *Personality Theories: A comparative analysis*. (6th Ed.). New York: Long Grove, IL: Waveland Pr Inc.
- Manen, M.V. (1990). *Researching lived experience: Human science for an action pedagogy*. New York: State University of New York Press.
- Mapes, K. (2000). *Stop! Think! Choose! Building emotional intelligence in young people*. Tucson, Arizona: Zephyr Press.

- Martín-Baró, I. (1994). *Writings for a liberation psychology*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Maslow, A.H. (1971). *The farther reaches of human nature*. New York: Penguin Compass.
- Maslow, A.H. (1976). *Religion, values, and peak-experiences*. New York: Penguin Compass.
- May, R. (1989). *The art of counseling*. Lake Worth, FL: Gardner Press.
- McCary, J.L. and Copeland, D.R. (1980). *Modern views of human sexual behavior*. New York: Palgrave Macmillan.
- McKenna, N. (1999). *The silent epidemic: HIV/AIDS and men who have sex with men in the developing world*. London: PANOS.
- McKenzie, N.F. (ed.). (1991). *The AIDS reader: Social, political, ethical issues*. New York: Meridian.
- Miller, A. (2002). *Mentoring students and young people: A handbook of effective practice*. Philadelphia: Taylor and Francis Group.
- Miller, G. (2002). *Incorporating spirituality in counseling and psychotherapy: Theory and techniques*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Miller, W.R. and Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. (2nd Ed.). New York: The Guilford Press.
- Mills, H. (2000). *Artful persuasion: How to command attention, change minds, and influence people*. New York: AMACOM.
- Millstein, S.G.; Petersen, A.C. and Nightingale, E.O. (Eds.). (1993). *Promoting the health of adolescents: New directions for the twenty-first century*. New York: Oxford University Press.
- Milne, A. (2003). *Counselling*. Chicago, IL: Contemporary books.
- Modeste, N.N. (1996). *Dictionary of public health promotion and education: Terms and concepts*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- National Research Council, Institute of Medicine. (2002). *Community programs to promote youth development*. Eccles, J. and Gootman, J.G. (Eds.). Washington, DC: National Academy Press.
- Nietzel, M. T., Bernstein, D.A., Kramer, J.P., Milich, R., and Kramer, G. (2002). *Introduction to clinical psychology*. (6th Ed.). Englewood Cliffs, N.J: Prentice Hall.
- Osho (2001). *Intimacy: Trusting oneself and the other*. New York: St. Martin's Griffin.
- Ozar, E.M., Park, M.J., Paul, T., Brindis, C.D. and Irwin, Jr. C.E. (2003). *America's Adolescents: Are they healthy?* San Francisco: University of California, National Adolescent Health Information Center.
- PAHO/WHO and WAS (2000). *Promotion of sexual health: Recommendations for actions*. Proceedings of a Regional Consultation in Antigua, Guatemala. Washington, DC: PAHO/WHO.
- Payne, M. (1997). *Modern social work theory*. Chicago, IL: Lyceum Books.

- Peterson, J.L and DiClemente, R.J. (Eds.). (2000). *Handbook of HIV prevention*. New York: Plenum.
- Ponterotto, J., Casas, M.J., Suzuki, L.A., Alexander, C.M. (2001). *Handbook of multicultural counseling*. (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pope-Davis, D.B., Coleman, H.L.K., Liu, W.M., Toporek, R.L. (2003). *Handbook of multicultural competencies in counseling and psychology*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Prieur, A. (1998). *Mama's House, Mexico City: On transvestites, queens, and machos*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Prochaska, J.O., Redding, C.A. and Evers, K.E. (1997). *The transtheoretical model and stages of change*. In Glantz, K.; Lewis, F.M. and Rimer, K. (Eds). *Health behavior and health education*. (2nd Ed.). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Prochaska, J. O.and Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1): 38-48.
- Rathus, S. A., Nevid, J.S., and Fichner-Rathus, L. (2001). *Human sexuality in a world of diversity*. (5th Ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Reisman, J.M. and Ribordy, S. (1993). *Principles of psychotherapy with children*. (2nd Ed.). New York: Lexington.
- RFSU. (2001). *Sexuality and rights. Sexuality's importance to health and welfare- Analysis by the Swedish Association for Sexuality Education*. Stockholm, Sweden: RFSU.
- Rodwell, M.K. (1998). *Social work constructivist research*. New York: Garland Publishing.
- Rofes, E. (1996). *Reviving the tribe: Regenerating gay men's sexuality and culture in the ongoing epidemic*. New York: The Haworth Press, Inc.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practices, implications and theory*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person: A therapist view of psychotherapy*. New York: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C.R. (1980). *A way of being*. New York: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C.R. and Stevens, B. (1967). *Person to Person: The problem of being human*. New York: Pocket Books.
- Ross, M.W., Channon-Little, L.D. and Rosser, S.B.R. (2000). *Sexual health concerns: Interviewing and history taking for health practitioners*. (2nd. Ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Rosenthal, H.G., Ellis, A. (2000). (Eds.) *Favorite counseling and therapy homework assignments: Leading therapists share their most creative strategies*. Philadelphia: Brunner-Rutledge.
- Rowley, W.J. (1990). *Equipped to care: A youth worker's guide to counseling teenagers*. Wheaton, IL: Victor Books.

- Russell-Brown, P. (2003). *Behaviour change interventions for sexual health promotion: A manual*. Trinidad and Tobago: Caribbean Epidemiology Centre (CAREC)/ PAHO/WHO.
- Rutter, M. (1997). *Psychosocial disturbances in young people: Challenges for prevention*. New York: Cambridge University Press.
- Ryan, C. and Futterman, D. (1998). *Lesbian and gay youth: Care and counseling*. New York: Columbia University Press.
- Sachs, J.D. (2005). *The end of poverty: Economic possibilities for our time*. New York: The Penguin Press.
- Saleebey, D. (Ed.). (1997). *The strengths perspective in social work practice*. (2nd Ed.). New York: Longman.
- Schiffer, H.B. (2004). *How to be the best lover: A guide for teenage boys*. Santa Barbara, CA: Heartful Loving Press.
- Schaef, A.W. (1992). *Beyond therapy, beyond science: A new model for healing the whole person*. New York: HarperSanFrancisco.
- Schorr, L.B., and Schorr, D. (1988). *Within our reach: Breaking the cycle of disadvantage*. New York: Anchor Press, Doubleday.
- Silsbee, D.K. (2004). *The mindful coach: Seven roles for helping people grow*. Marshal, NC: Ivy River Press.
- Simpson, A.R. (2001). *Raising teens: A synthesis of research and a foundation for action*. Boston: Center for Health Communication, Harvard School of Public Health.
- Sommers-Flanagan, J. and Sommers-Flanagan, R. (1997). *Tough kids, cool counseling: User-friendly approaches with challenging youths*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Smith, P.B. and Mumford, D. (1985). *Adolescent reproductive health: Handbook for the health professional*. New York: Gardner Press.
- Spain, J. (1988). *Sexual, contraceptive and pregnancy choices: Counseling adolescents*. New York: Gardner Press, Inc.
- Stoddard, D.A. and Tamasy, R. (2003). *The heart of mentoring: Ten principles for developing people to their fullest potential*. Colorado Springs, CO: Navpress Publishing Group.
- Sue, D.W. and Sue, D. (2002). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice*. (4th Ed.). New York: Wiley and Sons.
- Swets, P.W. (1986). *The art of talking so that people will listen: Getting through to family, friends and business associates*. New York: Fireside.
- Taylor-Brown, S. and Garcia, A. (Eds.). (1999). *HIV affected and vulnerable youth: Prevention issues and approaches*. New York: The Haworth Press.

- The Institute for Gay Men's Health. (2004). *Holding Open Space: Re-tooling and re-imagining HIV prevention for gay and bisexual men of color*. New York: The Institute for Gay Men's Health: A collaboration with Gay Men's Health Crises and AIDS Project Los Angeles.
- The Surgeon General's call to action to promote sexual health and responsible sexual behavior*. (2001). Rockville, MD: Office of the Surgeon General.
- Thompson, R. (2001). *School counseling: Best practices for working in the school. (2nd Ed.)*. New York: Brunner-Routledge.
- Tulku, T. (1977). *Gesture of balance: A guide to awareness, self-healing, and meditation*. Berkeley, CA: Dharma Publishing.
- Tulku, T. (1984). *Knowledge of freedom: Time to change*. Berkeley, CA: Dharma Publishing.
- Turner, F.J. (Ed.). (1996). *Social work treatment: Interlocking theoretical approaches. (4th Ed.)*. New York: The Free Press.
- Umphrey, M. (1976). *Getting to know you: A guide to communicating*. Irvine, CA: Harvest House Publishers.
- UNAIDS. (2000). *Men and AIDS - a gendered approach: 2000 World AIDS campaign*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).
- UNAIDS. (2001). *The impact of voluntary counseling and testing: A global review of the benefits and challenges*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).
- UNDP/World Bank/WHO. *Health workers for change: A Manual to improve quality of care*. TDR/GEN/95.2. Geneva: UNDP/World Bank/WHO.
- Vacc, N.A., DeVaney, S.B., & Wittmer, J. (1995). *Experiencing and counseling multicultural and diverse populations. (3rd Ed.)*. Bristol, PA: Accelerated development.
- Vacc, N.A., Loesch, L.C. (2000). *Professional orientation to counseling. (3rd. Ed.)*. Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Vanier, J. (1998). *Becoming Human*. Mahwah, New Jersey: Paulist Press.
- Vernon, A. (1993). *Developmental assessment and intervention with children and adolescents*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Vlassoff, C., Hardy, R., Rathgeber, E. and V. Francis, and Weiss, G. (Eds.). (1995). *Towards the healthy women counseling guide: Ideas from the gender and health research group*. WHO. Belgium: UNDP/World Bank/WHO.
- Walsh, W.M. (Ed.). (1985). *Childhood and adolescence: counseling theory and technique*. Berkeley, CA: McCutchan Publishing Corporation.
- Withers, G., and Russell, J. (2001). *Educating for resilience: Prevention and intervention strategies for youth at risk*. Australia: Australian Council for Educational Research.
- White, R.T. (1999). *Putting risk in perspective: Black teenage lives in the era of AIDS*. Lanham, Maryland: Rowman and Littlefield.

WHO KOBE Centre (2002). *Prevention and control of HIV/AIDS: Ethical aspects*-Report of WHO Kobe Centre International Symposium Kobe, Japan, 29 November 2001. WHO/WKC/SYM/03.2. Geneva: World Health Organization.

WHO (2001). *Counseling skills training in adolescent sexuality and reproductive health: A facilitator's guide*. WHO/ADH/93.3. Geneva: World Health Organization.

WHO. (1993). *The health of young people: A challenge and a promise*. Geneva: World Health Organization.

Zaro, J.S., Barach, R., Nedelman, D.J., Dreiblatt, I.S. (1977). *A guide for beginning psychotherapists*. Cambridge: Cambridge University Press.

Referencias



- Advocates for Youth. Available at www.youthshakers.org Retrieved on June 6, 2003.
- Annon, J.S. (1976). *Behavioral treatment of sexual problems: Brief therapy*. New York: Harper & Row.
- Ashworth, P. (1997). Breakthrough or bandwagon? Are interventions tailored to stage of change more effective than non-staged interventions? *Health Education Journal*, 56(2): 166-174.
- Baker, A and Dixon, J. (1991). Motivational interviewing for HIV risk reduction. In Miller, W.R. and Rollnick, S. (Eds.) *Motivational Interviewing (2nd Ed.)*. New York: The Guilford Press.
- Baker, A.; Lewin, T.; Reichler, H.; Clancy, R.; Carr, V.; Garrett, R.; Sly, K.; Devir, H. and Terry, M. (2002). Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services. *Addiction*, 97(10): 1329-37.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(3): 122-147.
- Bandura, A. (1996). *Social foundations of thought and action: A social-cognitive view*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84(1): 191-215.
- Bartholomew, L.K.; Parcel, G.S.; Kok, G.; Gottlieb, N.H. (Eds.) (2001). *Intervention mapping: Designing theory and evidence-based health promotion programs*. Mayfield Publishing Company.
- Beckman, H.B. and Frankel, R.M. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. *Annual Internal Medicine*, 101, 692-6.
- Berg, I. K. and Miller, S.D. (1992). *Working with the problem drinker: A solution- focused approach*. New York: W.W. Norton.
- Bloom, M. (1996). *Primary prevention practices*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Boekaerts, M.; Pintrich, P.R. and Zeidner, M. (2000). *Handbook of self-regulation*. San Diego: Academic Press.

- Bozarth, J.D. (1999). *Person-centered therapy: A revolutionary paradigm*. PCCS Books, England: Ross-on-Wye.
- Brammer, L.M. and Shostrom, E.L. (1977). *Therapeutic psychology: Fundamentals of counseling and psychotherapy. (3rd Ed.)*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Breinbauer, C. and Maddaleno, M. (2004). *Youth, choices and changes: Encouraging adolescents to adapt and maintain health promoting lifestyles and change health compromising lifestyles*. Washington, DC: PAHO/WHO.
- British Association for Counselling (1989). Available at www.bac.co.uk. Retrieved June 6, 2003.
- Brodley, B.T. (2001). Observations of empathetic understanding in a client-centered practice. In Haugh, S. and Merry, T. (Eds.). *Rogers' therapeutic conditions: evolution, theory and practice, Volume 2*. Ross-on-Wye, England: PCCS Books.
- Brodley, B.T. (1999). About nondirective attitude. *Person-Centered Practice*, 7(2):79-92.
- Cabral, R.J.; Galavotti, C.; Gargiullo, P.M.; Armstrong, K.; Cohen, A.; Gielen, A.C. and Watkinson, L. (1996). Paraprofessional delivery of a theory-based hiv prevention counseling intervention for women. *Public health report*, 3(1): 75-82.
- Carey, M.P., Braaten, L.S.; Maisto, S.A.; Gleason, J.R.; Forsyth, A.D.; Durant, L.E. and Jaworski, B.C. (2000). Using information, motivational enhancement and skills training to reduce the risk of hiv infection for low-income urban women: A second randomized clinical trial. *Health psychology*, 19(1): 3-11.
- Carroll, K.M.; Libby, B.; Sheehan, J. and Hyland, N. (2001). Motivational interviewing to enhance treatment initiation in substance abusers: An effectiveness study. *American journal of addiction*, 10(4): 335-9.
- Centers for Disease Control and Prevention (1993). Recommendations for HIV testing services and outpatients in acute-care hospital settings; and technical guidance on HIV counseling. *MMWR*, 42 (No. RR- 2).
- Cervone, D.; Jiwani, N. and Wood, R. (1991). Goal setting and the differential influence of self-regulatory processes on complex decision-making and performance. *Journal of personality soc psychology*, 61, 257-266.
- Coleman, E. (2000). Forward 1. In M.W. Ross; L.D. Channon-Little and B.R.S. Rosser. *Sexual health concerns: Interviewing and history taking for health practitioners*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Coury-Doniger, P.A.; Levenkron, J.C.; McGrath, P.L.; Knox, K.L. and Urban, M.A. (2000). From theory to practice: Use of stage of change to develop an STD/HIV behavioral intervention. Phase 2: Stage-based behavioral counseling strategies for sexual risk reduction. *Cognitive and behavioral practice*, 7(4), 395-406.
- Cowger, C.D. (1994). Assessing client strengths: Clinical assessment for client empowerment. *Social work*, 39(3): 262-268.

- De Jong, P. and Miller, S.D. (1995). How to interview for client strengths. *Social work*, 40(6): 729-736.
- DiClemente, R.J.; Crosby, R.A. and Kegler, M.C. (2002). *Emerging theories in health promotion practice and research: Strategies for improving public health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Duncan, B.; Hubble, B. and Scott, S.D. (1997). Psychotherapy with impossible cases: The efficient treatment therapy of veterans. New York: W.W. Norton & Co.
- Duncan, P. and Cribb, A. (1996). Helping people change—an ethical approach? *Health education research: Theory and practice*, 11(3): 339-348.
- Erez, A. and Judge, T.A. (2001). Relationship of core self-evaluations to goal setting, motivation and performance. *Journal of applied psychology*, 86(6): 1270-9.
- Erez, M. and Zidon, I. (1984). Effect of goal acceptance on the relationship of goal difficulty to performance. *Journal of applied psychology*, 79:69-78.
- Faiver, C.; Eisengart, S. and Colonna, R. (2000). *The counsellor's intern's handbook. (2nd Ed.)*. Belmont, CA: Wadsworth/Thompson Learning.
- Frank, A.F. and Gunderson, J. (1990). The role of therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 47(3): 228-236.
- Garofalo, R. (2003). HIV Prevention. *Healthology*. Available at www.sexualhealth.com. Retrieved on June 4, 2003.
- Gladding, S.T. (1992). *Counseling: A comprehensive profession. (2nd Ed.)*. New York: Merrill, Macmillan Publishing.
- Glantz, K.; Lewis, F.M. and Rimer, B.K. (1997). *Health behavior and health education: Theory, research and practice. (2nd Ed.)*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Glasgow, R.; Vogt, T. and Boles, S. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The re-aim framework. *American Journal of Public Health*, 89, 1322-1327.
- Goldman, B.M.; Masterson, S.S.; Locke, E.A.; Groth, M. and Jensen, D.G. (2002). Goal-directedness and personal identity as correlates of life outcomes. *Psychological reports*, 91(1):153-66.
- Greenspan, S.I. (1997). *The growth of the mind and the endangered origins of intelligence*. Reading, MA: Addison Wesley.
- Grunseit, A.; Kippax, S.; Aggleton, P.; Baldo, M. and Slutkin, G. (1997). Sexuality education and young people's sexual behavior: A review of studies. *Journal of Adolescent Research*, 12(4):421-53.
- Halvorson-Boyd, G. (1990). *Surviving a holy war: how health care providers in us abortion facilities are coping with antiabortion harassment*. Paper presented at the annual meeting of the American Public Health Association, October, New York.
- Handmaker, N.S.; Miller, W.R. and Manicke, M. (1999). Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *Journal of studies on alcohol*, 60(2): 285-287.

- Hood, A. and Johnson, R. (1991). *Assessment in counseling: A guide to the use of psychological assessment procedures*. Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.
- Hulton, L.J. (2001). The application of the transtheoretical model of change to adolescent sexual decision-making. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 24(2):95-115.
- Janis, I.L. and Mann, L. (1977). *Decision-making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. New York: Free Press.
- Jemmott III, J.B. and Jemmott, L.S. (2000). HIV behavioral interventions for adolescents in community settings. In Peterson, J.L. and DiClemente, R.J. (Eds.). *Handbook of HIV prevention*. New York: Plenum.
- Johnson, P.; Johnson, J.; Heurich, S.; Curl, C.; Carson, A.; Hill, S.; Sanders-Jones, C.; Washington, R. and Russell, C. (1998). The afri-centric transtheoretical model in a school-based pregnancy prevention program. *ABNF Journal*, 9(2):40-4.
- Kalichman, S.C.; Carey, M.P. and Johnson, B.T. (1996). Prevention of sexually transmitted hiv infection: a meta analytic review of the behavioral outcome literature. *Annals of behavioral medicine*, 18(1): 6-15.
- Kamb, M.L.; Fishbein, M.; Douglas, J. M. Jr.; Rhodes, F.; Rogers, J.; Bolan, G.; Zenilman, J.; Hoxworth, T.; Malotte, C.K.; latesta, M.; Kent, C.; Lentz, A.; Graziano, S.; Byers, R.H. and Peterman, T.A. (1998). Efficacy of risk-reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases: A randomized controlled trial. Project respect study group. *Journal of the american medical association*, 280(13):1161-7.
- Kim, N.; Stanton, B.; Li, X.; Dickerson, K. and Galbraith, J. (1996). Effectiveness of the 40 adolescent aids-risk reduction interventions: A quantitative review. *Journal of adolescent health*, (20): 204-215.
- Kirby, D.; Barth, R.P.; Leland, N. and Fetro, J.V. (1991). Reducing the risk: Impact of a new curriculum on sexual risk-taking. *Family planning perspectives*, 23(6): 253-263.
- Kirby, D. (1999). Reflections on two decades of research on teen sexual behavior and pregnancy. *Journal of school health*, 69(3): 89-94.
- Kirby, D.; Short, L.; Collins, J.; Rugg, D.; Kolbe, L.; Howard, M.; Miller, B.; Sonenstein, F. and Zabin, L. (1994). School-based programs to reduce sexual risk behaviors: A review of effectiveness. *Public health reports*, 109(3): 339-360.
- Kirby, D. (1997). *No easy answers. National campaign to prevent teen pregnancy*. Washington, DC.
- Knox, K.; Levenkron, J.; Urban, M.; McGrath, P. and Coury-Doniger P.A. (1999). Evaluation of training public health and community-based providers in the use of behavioral science for STD/HIV prevention.
- Lindahl, K. (2001) Foreword. In *sexuality and rights: Sexuality's importance to health and welfare—analysis by the swedish association for sexuality education (RFSU)*. Stockholm: Swedish Association for Sexuality Education.

- Locke, E.A. and Latham, G.P. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Locke, E.A.; Frederick, E.; Lee, C. and Bobko, P. (1984). Effect of self-efficacy, goals and task strategies on task performance. *Journal of applied psychology*, 69:241-254.
- Long, V.O. (1996). *Facilitating personal growth in self and others*. New York: Brooks/Cole Publishing Company.
- Maddi, S.R. (1996). *Personality theories: A comparative analysis*. Chicago: Dorsey Press.
- McAuley, E.; Lox, C. and Duncan, T.E. (1993). Long-term maintenance of exercise, self-efficacy and physiological change in older adults. *Journal of gerontology*, 48(2): 218-224.
- Meichenbaum, D. and Turk, D.C. (1987). *Facilitating treatment adherence*. New York: Plenum Publishing Press Corp.
- Miller, W.R. (1993). What really drives change? *Addiction*, 88(4): 1479-80.
- Miller, W.R. and Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change. (2nd Ed.)*. New York: The Guilford Press.
- National Association of Social Workers (2004). *Code of Ethics*. <http://www.socialworkers.org/pubs/code/code.asp>. Retrieved June 7, 2003. Washington, DC.
- Nolan, R.P. (1995). How can we help patients to initiate change? *Canadian journal of cardiology*, 11(Suppl. A), 16A-19A.
- Norton, J.; Miller, R. and Johnson, M.A., (1997). Promoting hiv prevention: A problem identification approach to interventions in post-hiv test counseling. *AIDS Care*, 9(3): 345-53.
- O'Campo, P.; Fogarty, L.; Gielen, A.C.; Armstrong, K.; Bond, L.; Galavotti, C. and Green, B.M. (1999). Distribution along a stages-of-behavioral change continuum for condom and contraceptive use among women accessed in different settings. *Journal of community health*, 24(1): 61-72.
- O'Leary, A. (1992). Self-efficacy and health: behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive therapy and research*, 16(2): 229-245.
- Ozer, E.M.; Brindis, C.D.; Millstein, S.G.; Knopf, D.K. and Irwin, C.E. (1997). *America's adolescents: Are they healthy?* San Francisco: National Adolescent Health Information Center.
- PAHO/WHO and WAS (2000). *Promotion of sexual health: Recommendations for actions. Proceedings of a regional consultation*. Antigua, Guatemala. Washington, DC.
- Prochaska, J.O.; Velicer, W.F.; Rossi, J.S.; Goldstein, M.G.; Marcus, B.H.; Rakowski, W.; Fiore, C.; Harlow, L.; Prochaska, J.O. and DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51(3): 390-395.

- Prochaska, J. O. and Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American journal of health promotion*, 12(1): 38-48.
- Prochaska, J.O.; Redding, C.A. and Evers, K.E. (1997). The transtheoretical model and stages of change. In Glantz, K.; Lewis, F.M. and Rimer, K. (Eds.). *Health behavior and health education*. (2nd Ed.). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Prochaska, J.O.; Redding, C.A. and Evers, K.E. (2002). The transtheoretical model and stages of change. In Glantz, K.; Lewis, F.M. and Rimer, K. (Eds.). *Health behavior and health education*. (3rd Ed.). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Redding, C.; Rosenbloom, D. and Rossi, S.R. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health psychology*, 13(2):39-46.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practices, implications and theory*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In Koch, S. (Ed.). *Psychology: The study of a science. Vol. 3. Formulations of the person and the social context*. 184-256. McGraw-Hill, New York.
- Ross, M.W.; Channon-Little, L.D. and Rosser, S.B.R. (2000). *Sexual health concerns: Interviewing and history-taking for health practitioners*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Rosser, B.R.S.; Mazin, R. and Coleman, E. (2001). *Cara a Cara/Face to face: An advance training course in sexual health promotion for hiv/std prevention workers and community leaders targeting men who have sex with men*. Manual. A curriculum developed in partnership by the Pan American Health Organization and the Program in Human Sexuality, University of Minnesota, Minneapolis.
- Saleebey, D. (1997). *The strengths perspective in social work practice*. (2nd Ed.). New York: Longman.
- Saleebey, D. (1996). The strengths perspective in social work practice: Extensions and cautions. *Social Work: 4*(3), 296-305.
- Schunk, D.H. (2001). *Self-regulation through goal setting*. Greenboro, NC: ERIC clearinghouse on counseling and student services.
- Schunk, D. H. (1995). Self-efficacy and education and instruction. In Maddux, J.E. (Ed). *Self-efficacy, adaptation and adjustment: Theory, research and application*. New York: Plenum Press.
- Schuster M.A.; Bell, R.M. and Petersen, L.P. (1996). Communication between adolescents and physicians about sexual behavior and risk prevention. *Archives of pediatrics and adolescent medicine*, 150: 906-915.
- Shinitzky, H.E. and Kub, J. (2001). The art of motivating behavior change: The use of motivational interviewing to promote health. *Public health nursing*, 18(3), 178-185.
- Sieving, R.E.; Oliphant, J.A. and Blum, R.W. (2003). Adolescent sexual behavior and health. *Pediatrics in review*, 23: 407-415.

- Siqueira L.M.; Rolnitzky, L.M. and Rickert V.I. (2001). Smoking cessation in adolescents: The role of nicotine dependence, stress and coping methods. *Archives of pediatric adolescent medicine*, 155(4):489-95.
- Smith M.U.; Dane F.C.; Archer, M.E.; Devereaux, R.S. and Katner, H.P. (2000). Students together against negative decisions (stand): evaluation of a school-based sexual risk reduction intervention in the rural south. *AIDS education prevew*, 12(1):49-70.
- Sommers-Flanagan, J. and Sommers-Flanagan, R. (1997). *Tough kids, cool counseling: User-friendly approaches with challenging youth*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Spain, J. (1988). *Sexual, contraceptive and pregnancy choices: Counseling adolescents*. New York: Gardner Press.
- Stewart, H.; McCauly, A.; Baker, S.; Givaudan, M.; James, S.; Leenin, I.; Pick, S.; Reddy, P.; Rethwong, U.; Rumakom, P. and Walker, D. (2001). *Reducing HIV infection among youth: What can schools do?* Washington, DC: Population Council.
- Strecher, V.J.; Seijts, G.H.; Kok, G.J.; Latham, G.P.; Glasgow, R.; DeVellis, B.; Meertens, R.M. and Bulger, D.W. (1995). Goal setting as a strategy for health behavior change. *Health education quarterly*, 22(2), 190-200.
- UNAIDS (2002). *AIDS Epidemic Update*. Geneva.
- Valdiserri, R.O. (1992). Structuring HIV prevention service delivery systems on the basis of social science theory. *Journal of community health*, 17(5): 259-269.
- Velicer, W.F.; DiClemente, C.C.; Rossi, J.S. and Prochaska, J.O. (1990). Relapse situations and self-efficacy: an integrative model. *Addictive behaviors*, 15(2): 271-283.
- Vernon, A. (1993). *Developmental assessment and intervention with children and adolescents*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- WAS (1999). <http://www.worldsexology.org/english/index.html>. Retrieved on June 7, 2003.
- Watson, J.C. (2001). Re-visioning empathy in humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice. Cain, D.J. and Seeman, J. (Eds). Washington, DC: APA Books.
- Weinhardt, L.S.; Carey, M.P.; Johnson, B.T. and Bickham, N.L. (1999). Effects of HIV counseling and testing on sexual risk behavior: A meta-analytic review of published research, 1985-1997. *American journal of public health*, 86(3):1397-1405.
- WHO Brief Intervention Study Group (1996). A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *American journal of public health*, 86(3): 948-55.
- WHO (2002). *Sexual Health*. Available at http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html#3. Retrieved July, 2003.
- WHO (2003). *Extending essential care: Integrated management of adolescent and adult illness*. Geneva.

- Woodby, L.L.; Windsor, R.A.; Snyder, S.W.; Kohler, C.L. and Diclemente, C.C. (1999). Predictors of smoking cessation during pregnancy. *Addiction*, *94*(2): 283.
- Wood, R.; Mento, A.J. and Locke, E.A. (1987). Task complexity as a moderator of goal effects: A meta-analysis. *Journal of applied psychology*, *72*, 416-425.
- Wyatt, G.E.; Tucker, M.B. and Romero, G.J. (1997). Adapting a comprehensive approach to african american women's sexual risk taking. *Journal of health education*, *28*(6 Suppl): S52-S59.



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

525 23rd Street, N.W.,
Washington, D.C. 20037-2895
Tel: (202) 974-3798 • Fax: (202) 974-3724

www.paho.org