

Consejería en salud sexual y reproductiva dirigida a adolescentes

Adolescent counselling on sexual and reproductive health

Ingrid Leal Fuentes¹

Resumen

La consejería es una relación de ayuda establecida entre un miembro del equipo de salud y un/a usuario/a con el fin de mejorar y/o promover la salud. Esta revisión pretende dar una visión general de la consejería en salud sexual y reproductiva dirigida a los y las adolescentes, además de presentarla dentro del modelo Transteórico de Cambio.

La adolescencia es el periodo de la vida donde se inician conductas de riesgo en el plano de la salud sexual y reproductiva que pueden continuar durante la vida adulta, y traer considerables daños en la salud. Promoviendo estilos de vida saludables y responsables, a través de la consejería salud sexual y reproductiva se podrían evitar consecuencias futuras.

Palabras clave: adolescencia, consejería en salud sexual y reproductiva

Abstract

Counselling is a support relationship established between a member of the health team and a user with the purpose of improving and/or promoting health. This paper intends to give a general vision of counselling in adolescent sexual and reproductive health, in a theoretical framework of change. Adolescence is the period of life in which risky behaviours in sexual reproductive health are starting and can continue throughout adult life, causing health damage. Promoting healthy and responsible life styles through sexual and reproductive health counselling, future harm might be avoided.

Key words: adolescence, counselling in sexual and reproductive health

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida caracterizada por la experimentación, sentimientos de invulnerabilidad e impulsividad que pueden llevar a la toma de riesgos. La morbi-mortalidad durante esta etapa de la vida esta asociada principalmente a las conductas de riesgo que pueden adoptar los adolescentes probablemente influenciados por las características de su desarrollo, de esta manera algunos inician el consumo de tabaco, alcohol, drogas, actividad sexual e incluso toman riesgos que muchas veces terminan en accidentes, siendo esta la principal causa de muerte en este grupo (1,2). Las consecuencias en la salud de estos comportamientos, se podrán observar a corto, mediano y largo plazo, teniendo en consideración que muchas de estas conductas de riesgos o hábitos poco saludables continuaran durante la vida adulta (1,3).

Recibido el 18 de marzo de 2008. Aceptado el 23 de mayo de 2008.

¹ Matrona, Académica ayudante, Licenciada. Facultad de Medicina Universidad de Chile, Centro de Medicina y desarrollo Integral de la Adolescencia, CEMERA. Correspondencia a: igleal@med.uchile.cl

La presente revisión tiene como objetivo describir y analizar de forma general la consejería como instrumento de promoción de salud dirigida a jóvenes y más específicamente de la Consejería en Salud sexual y Reproductiva, presentada bajo el Modelo Transteórico del Cambio, como base teórica, para una intervención más efectiva en la práctica clínica.

Consejería en salud

Una herramienta fundamental para la promoción en salud es la consejería, entendiéndose como una relación de ayuda establecida entre un miembro del equipo de salud y un/a usuario/a con el fin de mejorar y/o promover la salud del mismo a través del fomento de su capacidad de tomar decisiones respecto a su salud y actuar en consecuencia a esto (4). Es así que existen distintos ámbitos de aplicación que van desde facilitar la percepción de riesgo, reducir el impacto emocional frente a situaciones de crisis, generar espacios de comunicación, fomentar adherencia a tratamientos etc. (5,6). La American Medical Association (AMA), en las guías preventivas de salud adolescente incluye recomendaciones de consejería referente a estilos de vida saludables, sexualidad, prevención de ITSs, manejo de conflictos interpersonales, seguridad personal, incluyendo tanto aspectos biomédicos como psicosociales (7). Siendo descrita como un pilar fundamental en la prevención y promoción de la salud en adolescentes (8,9). Sin embargo algunos estudios demuestran que en centros con atención a adolescentes, el asesoramiento en temas de salud por partes de los profesionales, esta muy por debajo de lo recomendado, y en cuanto a temas relacionados con la sexualidad es aun menor, en comparación con temas como la obesidad o actividad física (10,11,12,13).

Quienes se dedican a la salud de los y las adolescentes y realizan consejería en este grupo, deben estar capacitados, conocer las características de las etapas del desarrollo, ya que, tanto la forma, como los temas a tratar durante el proceso de consejería serán específicos y adecuados al desarrollo del pensamiento que existe en la adolescencia inicial, media y tardía. De esta manera durante la adolescencia temprana (10 -13 años), el pensamiento es más concreto y

bajo un contexto muy literal, al adolescente le costara entender como es que su conducta puede repercutir en su salud futura, por lo tanto los mensajes de promoción deben enfocarse en el “aquí y ahora”, mientras que un adolescente medio (14-16 años), ya tendrá mas experiencias y un pensamiento mas abstracto, a la vez que una mayor autonomía. Finalmente en la adolescencia tardía (17-19 años) habrá un desarrollo del pensamiento más completo, mayores experiencias junto con un reconocimiento de su identidad, el o la adolescente entenderá con mayor facilidad como sus conductas pueden influir en su salud a corto o largo plazo, por lo tanto los mensajes de conductas saludables, deben enfocarse mas hacia los resultados de su comportamiento (2, 3,14).

Consejería en Salud sexual y reproductiva

La sexualidad en la adolescencia ha sido un tema de constante preocupación para la salud pública, por los riesgos que puede implicar un inicio sexual precoz y poco seguro, siendo los principales el embarazo no deseado y la adquisición de infecciones de transmisión sexual (ITSs), incluyendo el VIH/SIDA, riesgos que a su vez se asocian a consecuencias a nivel social como psicológico (1, 2,15). En Chile según la Cuarta Encuesta Nacional de la Juventud, el 33 % de los jóvenes y adolescentes, ha iniciado actividad sexual entre los 15 y 18 años. Sin embargo, un 31 % se ha iniciado sexualmente a los 15 años o menos de edad, observándose importantes diferencias por sexo y nivel socioeconómico (16). Otro estudio, en Chile, señala que de los adolescentes entre 13 y 15 años que han iniciado actividad sexual, solo un 9% utilizo condón en su primera relación sexual (Encuesta Mundial Escolar, 2004) (17). En cuanto a la tasa de fecundidad adolescente esta corresponde a un 14,9%, observándose un aumento desde 1990 (18). Con respecto a la ITSs, se estima que el 60% de los casos nuevos de VIH se producen en jóvenes de 15 a 24 años (1). El conocer estos antecedentes al momento de enfrentarse a un o una adolescente y pesquisar conductas que puedan significar riesgo, debe ser tomado como una oportunidad para desarrollar y promover conductas seguras y responsables, además de estilos de vida saludables que perduren a través de las otras etapas de la vida, ya que el desconocer

o negar la sexualidad adolescente, llevará a la expansión de las infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados (3).

Se han desarrollado distintas intervenciones, como programas de educación sexual que apuntan a estrategias a nivel más bien comunitario. La consejería en salud sexual y reproductiva se plantea como una estrategia, mas personalizada e integral que tiene como propósito promover el bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, a través de las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar personal y social armonioso (5,6). Es un proceso interactivo entre un consejero capacitado que actúa como facilitador, ayudando al y la adolescente a resolver un problema en una atmósfera comprensiva, entregándole, información precisa y confiable, de acuerdo a sus necesidades personales, ayudándolo a conocer y comprender sus derechos y opciones en temas como, adquisición de destrezas y habilidades para manejar situaciones en relación a su sexualidad, postergación del inicio de actividad sexual, anticoncepción, prevención de ITS, ayudando a prever y evitar situaciones de mayor riesgo, como el sostener relaciones sexuales bajo los efectos de drogas o alcohol u otras practicas sexuales poco segura (2, 15,19).

La consejería en salud sexual y reproductiva (CSSR) se fundamenta en principios y teorías entre las cuales se encuentran, la Entrevista Motivacional, la Teoría de fijación de Metas, la Perspectiva Basa en Fortalezas, La Teoría del conflicto y el Modelo Transteórico del Cambio (6, 4,20). Un modelo de CSSR desarrollado por la OPS, integra varias de estas teorías. El modelo de consejería descrito en este artículo esta basado principalmente en la última de estas teorías, desarrollado por Prochaska, por ser fácil de enseñar, y conducir a un cambio de conducta según las necesidades de cada persona

(6,4). Esta teoría se basa en el cambio paulatino de las conductas humanas con objetivos claros según cada una de las etapas del cambio, (6, 21,22) (Cuadro N° 1). En adolescentes se ha usado principalmente en la prevención del uso del tabaco, drogas y alcohol (6). Existen algunos estudios sobre sexualidad de los y las adolescentes, donde se utilizó el Modelo Transteórico del Cambio (MTTC), principalmente en temas como iniciación sexual, toma de decisiones para una sexualidad segura, uso del condón, uso de métodos anticonceptivos. Encontrándose mejores resultados que el asesoramiento abreviado y mensajes educativos meramente informativos, probablemente debido al comportamiento de mayor riesgo y vulnerabilidad particular, asociado a la presión de pares o la carencia de conocimientos en este grupo etareo (6,7,20,21,23,24,25). En Chile, se encontraron dos estudios de consejería en salud sexual, siendo estos de metodología descriptiva, más que evaluar la asociación de la intervención con un real cambio de conducta. (10,13).

La consejería es un proceso continuo, que puede incluir varias sesiones, en relación al tiempo de duración por sesión, algunos estudios hablan de 45 minutos en un primer acercamiento con el adolescente, con visitas posteriores predeterminadas cada 6 meses o el tiempo determinado por el consejero dependiendo de cada caso (10,24). Durante la primera visita se determinaran aquellas conductas menos seguras con respecto a su sexualidad, identificando cual será la conducta a cambiar, es decir se realiza un diagnostico, que especificara la etapa del cambio en que se encuentra, aquí el o la consejero/a junto con evaluar la conducta del o la adolescente, deberá motivar, para dar el primer paso para el cambio, a través de la empatía y técnicas de comunicación como la escucha reflexiva, afirmaciones. Luego en conjunto con el o la adolescente se decidirá establecer la meta u objetivo a cumplir y las actividades a realizar para lograrlo (4,6).

**CUADRO 1:
ETAPAS DEL CAMBIO DEL MODELO
TRANSTEORICO DEL CAMBIO (20,22)**

Etapas	Características
Precontemplativa	Existe desinterés por cambiar la conducta, en la etapa en la cual el/la adolescente no quiere cambiar no reconoce que existe un problema. Los individuos en esta etapa no están informados sobre las consecuencias a largo plazo de su comportamiento, no quieren pensar en el problema, y/o toman una postura defensiva en respuesta a la presión social para cambiar su conducta. Esta etapa ha sido señalada como la más estable, muchos individuos nunca que se mueve más allá de esta etapa.
Contemplativa	Existe conciencia del beneficio de cambiar, el/la adolescente está considerando cambiar su comportamiento y evaluando las ventajas y desventajas de la conducta frente a la nueva conducta, pero puede haber sentimientos de ambivalencia y resistencia. Sin embargo, en esta etapa aún no se ha hecho un compromiso de tomar medidas y puede permanecer en esta etapa durante periodos largos. Las personas que se encuentran en esta etapa evalúan lo positivo de su comportamiento y la cantidad de esfuerzo requerido para vencer el problema.
Preparación	El estadio en el cual el/la adolescente determina que las consecuencias adversas de mantener su conducta problemática actual pesan más que los beneficios. El individuo está preparado para cambiar. A diferencia de la Precontemplación y la Contemplación, la preparación es una etapa de transición más bien que una etapa estable.
Acción	Cuando el individuo cambia o modifica sus conductas. La acción implica cambios conductuales y requiere un compromiso considerable de tiempo y energía. La modificación del comportamiento hecho en la etapa de acción tiende a ser la más visible y recibe el mayor reconocimiento externo. Los individuos son clasificados en esta etapa si ellos han cambiado el comportamiento satisfactoriamente
Mantención	En esta etapa el trabajo se localiza en la prevención de recaídas y consolidar los beneficios logrados en la etapa de acción. Tradicionalmente, esta etapa fue vista como una etapa estática. Sin embargo, el mantenimiento es una continuación, no una ausencia, de cambio. La estabilización del cambio de comportamiento y evitar la recaída son lo característico de la etapa de mantenimiento

Un aspecto a tener en cuenta siempre son los factores asociados, que influirían en las decisiones sobre sexualidad que los adolescentes toman. El determinarlos ayudara al/la consejero/a a comprender la conducta del adolescente y saber que pueden actuar como predisponentes, facilitados o reforzar alguna conducta. Estos factores son: (4, 19, 20, 24,25).

- Nivel del desarrollo cognitivo
- Conocimientos sobre sexualidad
- Influencias sociales y parentales
- Percepción del riesgo
- Diferencias de género

Características de los componentes

Usuario

Corresponde al adolescente, a quien se le realizara la consejería, el cual accede de forma voluntaria. Se debe tener presente la edad, el sexo, orientación sexual, la etnia, cultura, escolaridad y sus necesidades, ya que la heterogeneidad de este grupo es diversa, y gran parte de los buenos resultados que se tendrán radica en identificar los intereses y necesidades específicas. (4,5,6,9). Algunos estudios señalan como predictores de buenos resultados en el cambio de conducta de acuerdo a las etapas del cambio, la edad del adolescente, el uso previo de método anticonceptivo, para la prevención de embarazo, el género masculino, favoreciendo el uso de condón para la prevención de ITS. (21, 24,25).Sin embargo una cantidad impórtate de adolescentes no avanzan de la etapa preparación, claramente piensan en el cambio, entienden las consecuencias, y aún son incapaces de actuar. (24)

Consejero/a

Corresponde a un/a facilitador/a quien ayuda al o la adolescente a gestionar su propio cambio, debe conocer las temáticas a tratar, es decir, en lo referente a salud sexual y reproductiva debe conocer sus conceptos, normas y/o leyes, además de saber las vías de derivación en caso necesario, manejar técnicas de comunicación que facilitaran la empatía

y llegada con el adolescente, además de fortalecer el vínculo, conocer y respetar los principios de la bioética y muy importante tener un real interés por los adolescentes y sus temas (5,6). Dentro de las publicaciones revisadas, se encontró que la mayoría de las veces eran profesionales de la salud, ya sea médicos, enfermera o matronas quienes realizaban consejería a los adolescentes (2, 10, 11,15, 19). Además señalan que dentro de las especialidades medicas, son los pediatras quienes realizan más consejería preventiva, sin embargo, esta es, en temas de salud en general más que en sexualidad, y a los adolescentes que se les entrega consejería en salud sexual y reproductiva, son en su mayoría sexualmente activos, recibiendo además, escasos contenidos de prevención en ITS (6, 8,11,12).

Con respecto a la aplicación de consejería dentro del contexto del MTTC, se señala que los consejeros de planificación familiar sintieron que el MTTC les ayuda a integrar la prevención de el VIH / ITS y la prevención del embarazo en una la misma visita, estructurando mejor sus sesiones de asesoramiento, reafirmando una de las ventajas del modelo, la facilidad en su aplicación (6,24). Sin embargo, es también importante notar que la puesta en práctica del modelo requirió según un estudio, el apoyo externo y supervisión, señalándose como una dificultad en su aplicación(24).

Ambiente

Este es un punto importante que influye en el éxito de la intervención, y que debe tenerse presente siempre, los y las adolescentes son muy receptivos al ambiente tanto físico como al "clima" de un determinado lugar, es así que tanto el ambiente físico como las condiciones donde se realizar la consejera deben ser amigables a los adolescentes. Incluyendo facilidad en el acceso, confiabilidad, privacidad, de ser posible sin barreras físicas, (6, 11, 12,26). Se ha encontrado que aquellos adolescentes que recibieron una atención privada y confidencial obtuvieron más asesoramiento en temas de sexualidad que otros adolescentes (12). Esto destaca la importancia de la confiabilidad en la asistencia médica de adolescentes y manifestarla tanto implícita como explícitamente. En cuanto al acceso, dentro de

los estudios revisados, la mayoría de ellos fueron realizados en centros educacionales o en centros médicos escolares lo que se señala como facilitador del acceso de los adolescentes a recibir consejería en salud sexual, en un ambiente en el cual ellos se desenvuelven.

CONCLUSIONES

La consejería es una herramienta de promoción para la salud sexual y reproductiva, que debería ser entregada a los adolescentes por parte de profesionales de la salud capacitados, que trabajen con este grupo etareo. El Modelo Transteórico del Cambio (MTTC), ofrece una alternativa, personalizada e integral para poder trabajar un cambio de conducta paulatino de acuerdo a necesidades específicas. Existen estudios que muestran buenos resultados aplicándolo en áreas como prevención de tabaquismo y drogas en adolescentes. Sin embargo, aun existe una escasez de literatura que aplique el MTTC en adolescentes en el ámbito de la sexualidad, de estos algunos abordan temas como la promoción de la abstinencia sexual y la prevención de VIH, avalando la aplicabilidad del modelo en temas de sexualidad, además de plantear al MTTC como un marco para entender el comportamiento de los adolescentes.

Referencias

1. R Molina, J Sandoval, E González., 2003, *Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia, Santiago, Mediterráneo*, p: 102-120
2. JOFFE Alain, *Health Counseling of Adolescents, Radius Susan, Pediatrics in review*, 1991, vol. 12, p 344 - 351.
3. VINER Russell; MACFARLENE Aidan. *Health Promotion. BMJ (en línea)*, vol 330, 5 marzo 2005,p 527-529 (23 de noviembre de 2007), Disponible en: <http://bmj.com/cgi/content/full/330/7490/527#otherarticles>
4. RUBAK Sune, *Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis, Sandbæk Anelli, British Journal of General Practice*, 2005, vol 55, p305-312.
5. Minsal, *Propuesta de normas para la consejería en la atención en salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, 2007, disponible en http://www.minsal.cl/ici/consejeria_sexual_adolescentes.pdf*

6. Alex Peter Vega, Matilde Maddaleno, Rafael Mazin, *Proceso de consejería orientada a jóvenes*, Singleton M (Eds), *Modelo de consejería orientada a los jóvenes*, 1ª OPS/OMS, 2005
7. ALEXANDER Beth, *Recommendations Monograph, Guidelines for adolescent preventive Services*, (en línea), Kaplan David, Chicago, 1997,(20 de Diciembre 2007), disponible en <http://www.ama-assn.org/ama/upload/mm/39/gapsmono.pdf>
8. FAIRBROTHER Gerry, *Factores that adolescent reports of counseling by physicians on risky behaviour*, Scheinmann Roberta, *Journal of Adolescent Health*, 2005, vol 37, p 467 – 476.
9. MCPHERSON Ann, *Adolescents in primary care*, BMJ, (en línea), vol 330,, 26 de febrero de 2005, p 465-467, (12 de noviembre de 2007), Disponible en, <http://bmj.com/cgi/content/full/330/7489/465#BIBL>
10. MILLAN Teresa, *Consejería a Adolescentes: Descripción epidemiológica y motivos de consulta*, Morera Iván, *Revista Médica de Chile*, 2007; 135: 457-463
11. WALKER Zoe, TOWNSEND Joy, *Adolescents in primary care*. BMJ, (en línea), vol 327, 7 de septiembre 2002, p 1-6, (4 de abril de 2007), disponible en <http://bmj.com/cgi/content/full/325/7363/524#BIBL>
12. RAND C., *Preventive counselling at adolescent ambulatory visits*, Auinger Peggy, *Journal of Adolescent Health*, 2005, vol 37,p 87–93
13. GONZALEZ M. Isabel., *Caracterización de asistentes a consejería en sexualidad en un centro de salud integral de adolescentes*, Aguirre Luisa, *Revista chilena de Pediatría*, 2005, Vol.76, p.573-579.
14. STEPHENS Mark., *Prentive Health Counseling adolescentes*, *Americane Family Physicians*, 2006, Vol.74, p 1151 – 1156
15. CROMWELL P, *Effective contraceptive counseling with adolescents in a nurse-based setting*, Moriarty Alison, *The nursing Clinics of North America*, 2002 Vol 37, p 499-512.
16. *Cuarta encuesta nacional juventud*, INJUV, 2003, Disponible en: www.mideplan.cl/final/bajar.php?path=../admin/docdescargas/centrodoc&id=centrodoc_93.pdf
17. *Ministerio de salud, Encuesta mundial de salud escolar, 2004*, (en línea) Disponible en, <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/EMSE/EMSE.htm>
18. *Instituto Nacional de Estadística, Fecundidad en Chile, situación reciente; 2006*, (en línea), Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demografia/pdf/fecundidad.pdf
19. RIMSZA Mary., *Counseling the Adolescent About Contraception*, *Pediatrics in Review*, 2003, Vol.24, p162 - 170.
20. HULTON Linda., *The application of the transtheoretical Model of change to adolescent Sexual decision-making*, *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 2001, Vol 24, p 95–115.
21. CHAMBERS Kathryn, *Safer sexual decision making in adolescent women: perspectives from the conflict theory of decision-making*, Rew Lynn, *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 2003, Vol 26, p 129–143
22. PROCHASKA James, *The transtheoretical model of health behavior change*, Velicer Wayne, *American Journal of Health Promotion*. 1997; Vol 12, p38-48.
23. OMOTAYO Bolu, *Is HIV/Sexually Trasmitted DiseasePrevention Counseling Effective Among Vulnerable Populations?* Lindsey Catherine, *Sexually Transmitted Diseases*, 2004, Vol 31, p.469-474.
24. HACKER Karen., *Applying a transtheoretical behavioral change model to HIV/STD and pregnancy prevention in adolescent clinics*, Brown Elizabeth, *Journal of Adolescent Health*, 2005, vol 37, p 80 – 93
25. WALLACE LM, *Informing School Sex Education Using the Stages of Change Construct Sexual Behaviour and Attitudes towards Sexual Activity and Condom Use of Children Aged 13–16 in England*, Evers Ke, *Journal of Health Psychology*, 2007, Vol 12, p, 179-183.
26. MCKEE M, *Perspectives on Confidential Care for Adolescent Girls*, O'sullivan L, *Anal of Family Medicine*, 2006, vol. 4, p 519-526.