

LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL
UNA OPCIÓN PARA COMPROMETER A LAS Y
LOS ADOLESCENTES CON SU SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA

EL “PORQUÉ” DE ÉSTE PROYECTO Y SUS “LIMITACIONES”

Después de años de trabajo y experiencia acumulada en salud sexual y salud reproductiva, sobre todo con población adolescente, vimos la necesidad de reflexionar para buscar una manera de mejorar el tipo de atención que prestamos, por lo que nos pusimos a trabajar en la adquisición y perfeccionamiento de algunas de las habilidades que tienen las y los profesionales que trabajan, principalmente, con personas jóvenes.

Queremos realizar una propuesta de trabajo funcional y operativa basada en la realidad que nos encontramos cada día en las consultas. El 95% de las demandas son mujeres jóvenes que consultan por anticoncepción, siendo las demandas masculinas casi anecdóticas. En esta situación trabajamos con los “mimbres” que se disponen, así, en ésta propuesta buscamos, favorecer el uso de condón y empoderar en su uso a las mujeres.

Puede parecer una contradicción y una limitación que se haga permanente referencia a parejas heterosexuales, como si no fuera necesario promover el uso de condón en parejas de diferente orientación. La forma de expresarse y las dinámicas de interacción personal y erótica son diferentes y por tanto, creemos que merece la pena tratarse de manera distinta. Es un trabajo que en algún momento nos gustará emprender para completar este proyecto

Los discursos con los que nos encontramos en las consultas suelen tener un tinte sexista y hemos procurado acercarnos en la medida de lo posible a como se expresan, por lo que hemos optado porque las entrevistas tengan cierta fidelidad a la “verbalización sexista” que tienen incorporadas las jóvenes y nos propusimos trabajar a partir de éstas.

Somos conscientes de que la salud sexual y la salud reproductiva, no se limitan a las prácticas coitales, el uso del condón y los métodos anticonceptivos, sin embargo, como resultan ser la mayoría de las demandas, esta propuesta se dirige, principalmente, a tratar de abrir otra manera de abordaje en las consultas por parte de profesionales de la salud que de manera individual atiende la anticoncepción y las infecciones de transmisión sexual o genital (ITS-ITG).

ÍNDICE

1. Algunos datos epidemiológicos sobre salud sexual y salud reproductiva en la Comunidad de Madrid y en la Ciudad de Madrid
2. ¿Por qué resulta tan complicado adoptar comportamientos saludables en Salud Sexual y Reproductiva?
3. La Entrevista Motivacional. Una estrategia de Validación para el cambio

1. ALGUNOS DATOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN LA COMUNIDAD DE MADRID Y EN LA CIUDAD DE MADRID¹

La Tasa Global de Fecundidad (TFG) en 2014 fue de 41,53 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en edad fértil. Es un poco más alta que la registrada en años anteriores. La mayor fecundidad está escorada hacia edades avanzadas, pues los índices más altos se encuentran en los tramos de 30 a 34 años y de 35 a 39 años. La tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años se sitúa por encima de 11,50 hijos por 1.000 mujeres.

Cuando analizamos la tasa específica de fecundidad por edad, en las mujeres de 15 a 19 años, según su origen, observamos que las extranjeras presentan 5 veces más fecundidad en estas edades que las chicas autóctonas.

El 29,0% de los y las jóvenes de 15-16 años ha tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración. Esta proporción es similar en chicos y chicas. Un 82,2% utilizaron el preservativo durante la última relación sexual. Un 18,0% no utilizaron métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual. Entre 1996/1997 y 2012/2013 se ha registrado una importante reducción de la práctica anticonceptiva, observándose un 28,7% más de jóvenes que no emplearon métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual.

De acuerdo con el Informe sobre las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) notificadas en la Comunidad de Madrid en 2014, la tasa de IVE en 2014 en mujeres madrileñas en edad fértil (15 a 44 años) fue de 11,98 por mil, un poco más baja que en el 2013. El 56,3% de las IVE fueron en mujeres con país de nacimiento diferente a España. Para las nacidas en España la tasa fue de 8,78 por mil, mientras para las mujeres foráneas la tasa fue de 26,1 por mil. Hay que considerar que las tasas para las mujeres inmigrantes pueden estar sobreestimadas ya que algunas pueden no estar empadronadas. La media de edad fue de 28,9 ±7 años, el 0,4% (74 mujeres) tenían menos de 15 años y el 0,5% (105 mujeres) más de 44 años. Cerca de un 10% tenían

¹ Los datos aquí aportados están extraídos del Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid. 2014, del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (5), Informes, Hábitos de salud de la población juvenil de la Comunidad de Madrid 2012. Los datos de IVE, han sido recogidos del Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid, 2014 que a su vez los recoge del Registro Regional de IVE.

menos de 20 años (0,4% para mujeres de 10-14 y un 9,5% para jóvenes de 15-19). Más de la mitad de las mujeres han recibido información a través de centros sanitarios.

Refiriéndose a las mujeres a las que se realizó una IVE, diferenciando por país de origen, puede destacarse, entre otros hechos, que entre las mujeres foráneas hay más mujeres con hijos o hijas que entre las nacidas en España (66,0% vs. 43,1%) y también este grupo de mujeres había pasado con anterioridad por la experiencia de la IVE en mayor porcentaje que las autóctonas (51,8% vs. 31,4%).

El 29,7% de las y los jóvenes de 15 a 16 años, no han recibido información sobre métodos anticonceptivos durante los dos últimos años de curso. El 29,9% tampoco ha recibido información sobre Infecciones de Transmisión Sexual.

2. ¿POR QUÉ RESULTA TAN COMPLICADO ADOPTAR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA?

2.1. COMPORTARSE SALUDABLEMENTE NO ES UNA CUESTIÓN SÓLO INFORMATIVA

La información por sí sola no es garantía para que las y los jóvenes adopten

Podría pensarse que la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no deseados en adolescentes fuera un asunto sencillo y que bastaría tan solo el estar bien informado. Estar bien informados acerca de los procedimientos de protección, de dónde y cómo adquirirlos y como utilizarlos es una condición necesaria para la prevención del embarazo no deseado y de las ITS, pero rara vez resulta una condición suficiente. La información por sí sola no es garantía para que los jóvenes se impliquen en comportamientos preventivos.

2.2. COMPORTARSE SALUDABLEMENTE ES UN COMPORTAMIENTO COMPLEJO

Lamentablemente, las estadísticas sobre embarazos en adolescentes, sobre el uso de la “píldora del día después” o sobre infecciones de transmisión sexual nos llevan a pensar que tal vez asumimos un concepto excesivamente simple sobre las variables que condicionan el uso consistente del preservativo. Son particularmente ilustrativos los casos, de jóvenes que acuden al centro de salud una y otra vez pidiendo anticoncepción de urgencia, incluso habiendo pasado por alguna interrupción del embarazo. A pesar de haber sido advertidas e informadas hay quienes fracasan en su objetivo de mantener relaciones sexuales libres de riesgo.

Resulta, pues, muy importante, conocer la complejidad del fenómeno al que nos enfrentamos. Las cosas que hacemos o dejamos de hacer, por simples que puedan parecer, no son nunca ni el resultado directo de un balance racional de costes y beneficios, objetivo y aislado de condicionantes personales, ni tampoco un producto fabricado sin más en nuestro cerebro. Como argumentan Costa y López², a quienes

² Costa, M. y López, E. (2008). Educación para la salud. Guía práctica para promover estilos de vida saludables. Pirámide.

seguiremos en esta exposición, todo comportamiento preventivo como practicar 'sexo seguro' tiene una naturaleza compleja cuyas características más relevantes describimos a continuación.

2.2.1. EL COMPORTAMIENTO PREVENTIVO NO ES UNA CONDUCTA AISLADA



Pareciera que utilizar el preservativo para evitar embarazos no deseados o las ITS fuera algo fácil de realizar por su aparente sencillez pues bastaría con adquirirlo y utilizarlo. Así de simple pero así de irreal. El asunto es más complejo. En la figura puede verse que 'practicar sexo seguro' utilizando el preservativo, no es una conducta aislada sino que está enredada con otras conductas y circunstancias. Haber bebido alcohol puede tener el efecto de subestimar el riesgo, el temor al

rechazo o no saber cómo decir "no" ante la presión de la pareja para no utilizar el preservativo puede predisponer a que no se utilice, el comportamiento de la pareja puede facilitar la confianza y desenvolverse con soltura para hablar de la protección y plantear relaciones sexuales sin coito o, por el contrario, puede intimidar y resultar un obstáculo para la protección.

2.2.2. EL COMPORTAMIENTO ES MULTIDIMENSIONAL Y CIRCUNSTANCIADO

Cualquier comportamiento como utilizar un preservativo, tiene componentes perceptivos, cognitivos, emocionales y acciones de desempeño íntimamente interconectados. No es lo mismo percibirse con torpeza o con seguridad a la hora de hablar del preservativo o de cómo utilizarlo, no es lo mismo estar inundados de temor, vergüenza, embriaguez o de excitación incontenible que estar con mayor o menor control de sus estados emocionales, y no es lo mismo saber responder o no a la presión que la pareja ejerce para no utilizar el preservativo. Todos estos componentes y otros, resultan decisivos cuando una o un joven afronta situaciones parecidas en una relación *circunstanciada* y emocional. No resulta fácil tampoco para un/una profesional prever estas u otras situaciones y, tal vez, no se valora adecuadamente la importancia de facilitar recursos para manejar de manera efectiva estas situaciones y el "calentón" emocional.



La juventud vive el presente sobre todo cuando es

Limitarse a informar a las y los jóvenes sobre los riesgos en los que pueden incurrir en el futuro al no adoptar medidas preventivas puede ser inútil pues, en su caso, el futuro puede carecer de valor. Suelen vivir intensamente el presente, más aún cuando el presente puede resultar excitante y agradable. Es por eso que cualquier estrategia preventiva ha de ser compatible con facilitar el disfrute y goce sexual. Algunas prácticas “preventivas”, como sermonear para quienes incurrir en riesgos, además de resultar inútiles pueden ser contraproducentes porque contribuyen a que las y los jóvenes se alejen y no se comprometan.

2.2.3. EL COMPORTAMIENTO TIENE HISTORIA: ES UNA BIOGRAFÍA INACABADA

Un o una joven es una persona en desarrollo que puede cambiar y

El comportamiento preventivo en la juventud y la adolescencia está matizado o condicionado por su biografía porque es el resultado de una historia personal de interacción con los múltiples contextos y escenarios, pasados y presentes, en los que se desarrolla su vida y con los que establece transacciones. Cualquier joven que acude a una consulta y se sienta frente a una o un profesional de la salud no es alguien más a quien se recibe, es, por el contrario, una persona única e irrepetible y con su historia y experiencia propias, celosa de su intimidad y que necesita percibirse respetada y tomada en consideración, condiciones todas ellas que han de ser tenidas en cuenta si es que se pretende influir positivamente en su vida, en su historia. Mostrar un comportamiento desconfiado, temeroso, retador, impulsivo o parecer irresponsable en relación con sus relaciones sexuales o, por el contrario, mostrar un comportamiento receptivo, confiado y susceptible de cambiar si fuera el caso y decidir protegerse. Son personas que vienen cargadas de historia, para bien o para mal, y que pueden rehacerla e introducir cambios en una dirección más saludable si las y los profesionales de salud, lejos de sermonearles o decirles de entrada lo que tienen que hacer, les escuchan, les preguntan, les validan y les toman en consideración.

2.2.4. EL COMPORTAMIENTO ES CONTEXTUAL Y TRANSACCIONAL

La biografía multidimensional se ha ido forjando a través de la transacción incesante y sutil con los múltiples contextos y escenarios en los que se ha desarrollado su vida, y continúa interactuando en la actualidad con un contexto igualmente propio y tal vez muy diferente de aquel en el que habita la o el profesional de la salud.

Hay jóvenes que pueden mostrarse vulnerables para protegerse en sus relaciones sexuales por diferentes razones; bien porque sus madres y padres se muestran reacios a conversar de estos temas o bien por ausencia de preparación para afrontar dificultades inesperadas (haber bebido unas copas de más, intimidaciones, acoso, presión de la

pareja para no utilizar el preservativo,..). Desde un punto de vista profesional si desea establecer una relación de confianza de manera que puedan clarificarse las dificultades y facilitar capacitación para afrontarlas han de enfrentarse a la tarea de comprender el contexto y las innumerables transacciones de riesgo en la que se incurre en la juventud y adolescencia.

2.3. CONTEXTOS Y TRANSACCIONES DE RIESGO

Veamos qué es un comportamiento de riesgo y las condiciones y circunstancias a las que a menudo se enfrentan la juventud.

2.3.1. ¿QUÉ ES UN COMPORTAMIENTO DE RIESGO?

En el ámbito sobre el que tratamos consideramos “comportamiento de riesgo” aquel que consiste en practicar, **sin protección**, actividades sexuales que pueden producir algún tipo de infección o embarazo no deseado. Los principales comportamientos de riesgo son:

- La penetración vaginal (aunque se esté utilizando algún método anticonceptivo que no sea de barrera)
- La penetración anal
- La felación y
- El cunnilingus

2.3.2. CONDICIONES Y CIRCUNSTANCIAS QUE HACEN PROBABLE LOS RIESGOS

Existen condiciones y circunstancias en los contextos interpersonales y culturales que hacen más probable los riesgos (CIMOP³, Bimbela⁴) para adoptar prácticas sexuales sin protección. Veamos.

2.3.2.1. *CONDICIONES Y CIRCUNSTANCIAS DE LAS RELACIONES SEXUALES*

- a) La situación de “la primera vez” o primeras veces. La falta de experiencia y las condiciones en las que se dan estas situaciones pueden llevar algunas dificultades para asumir el comportamiento de protección:

³ CIMOP (2004). Estudio sobre las interrupciones voluntarias del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes en España. Observatorio de Salud en la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo.

⁴ Bimbela, JL. Sociología del sida. Jóvenes y sexualidad en Andalucía. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid.

- La ansiedad, los “nervios”, a menudo las prisas.
- La inseguridad, las dudas, las ganas de quedar bien y de disimular la inexperiencia.
- La imprevisión, de modo que el preservativo no se tiene a mano.
- La falta de habilidad en el uso del preservativo, y por lo tanto su uso incorrecto, la interferencia con el juego sexual o incluso la decisión de no usarlo.
- A veces, el mito de que la primera vez no pasa nada.

b) La situación de las relaciones ocasionales y esporádicas. El problema de este tipo de relaciones es que tienen lugar por lo general en contextos de diversión, después de haber consumido alcohol, con poca predisposición a negociar la “no penetración” en caso de no llevar preservativos encima, con personas semi-conocidas con las que existe más “confianza” pero menos compromiso (o ninguno) y con el objetivo de satisfacer el “calentón”. En conjunto, estos factores hacen menos probable el uso del preservativo.

c) Las relaciones con la pareja habitual. En este caso la práctica de conductas sexuales de riesgo puede verse favorecida porque:

- Al existir un pacto de fidelidad generalmente implícito, la percepción del riesgo disminuye.
- Se ocultan las infidelidades cuando ocurren y, por tanto, confían erróneamente en que no deben adoptar medidas de protección.
- Aunque la relación sea exclusiva con la pareja habitual, a menudo puede haber ocurrido una relación breve con una pareja no habitual y, por tanto, la exclusividad es ficticia, de modo que se facilita la posibilidad de infecciones por parejas anteriores.
- Cuando la pareja se consolida se tiende a cambiar de método anticonceptivo, toman la píldora las chicas y los chicos abandonando el preservativo, con lo que no existe protección frente a infecciones.

2.3.2.2. LA PRESIÓN DE GRUPO

La presión del grupo es el conjunto de influencias que provienen del círculo amistades y personas conocidas con quienes las y los adolescentes se relacionan habitualmente, y que condicionan sus comportamientos. Esta presión puede adoptar distintas formas. En algunos casos no pasa de sutiles comentarios más o menos burlones (“*qué pasa si me conoces desde siempre*”) y en otros casos puede llegar a la coacción explícita. Pero siempre es una influencia decisiva.

La presión del grupo es tal vez el principal condicionante del comportamiento en la adolescencia. El desarrollo en tanto en chicas como en chicos, implica ir experimentando, con el modelado y el reforzamiento diferencial del grupo, aquellos comportamientos que caracterizan la adultez y la diferencian de la infancia. También el desarrollo evolutivo es un proceso radicalmente transaccional entre individuo y contexto. Los cambios de conducta que caracterizan a la adolescencia no nacen “dentro” de las y los del adolescente y posteriormente “se manifiestan” externamente, sino que es justamente al revés: son modelados y moldeados por el contexto social significativo con el que se relacionan, su “grupo de iguales”.

Necesitamos, pues, al grupo para “hacernos mayores”. Por este motivo, ser aceptada o aceptado y pertenecer al grupo es un motivador básico en sus la vida adolescente. Quién determina qué comportamientos son deseables y cuáles no, es el grupo, y el “premio” por poner en práctica esos comportamientos es justamente la aceptación y la pertenencia al grupo. De cuáles sean los comportamientos que practique y valore el grupo dependerá en buena medida cuáles sean los comportamientos que practiquen y valoren las personas que lo componen. Estos comportamientos pueden incluir fumar, abusar del alcohol, practicar deporte, faltar a clase, leer libros, utilizar el móvil, vestirse o peinarse de determinada manera, mantener relaciones sexuales, etc.

También la conducta sexual en la adolescencia debe entenderse con relación a las reglas del grupo, que son diferentes entre distintos grupos pero que con frecuencia incluyen algunos elementos:

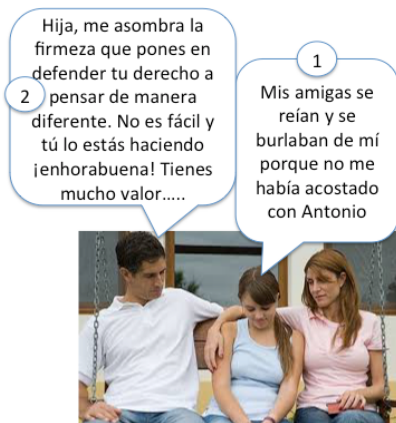
- Haber mantenido relaciones sexuales “completas” es deseable, y reforzado con estatus y prestigio dentro del grupo. Por lo tanto, hay que haberlas mantenido antes de cierta edad. Ante esta exigencia, tan perentoria, ocuparse de la gestión de los riesgos puede pasar a segundo plano.
- La interacción sexual consistente en caricias y estimulación mutua, sin penetración, no es considerada relación sexual “plena”, sino quedarse “a medias”. Lo importante es el coito. Incluso el coito con preservativo puede ser considerado “de segunda categoría”.

Estas reglas, que ejercen una influencia tan poderosa, son difícilmente compatibles con las prácticas consistentes de protección. No obstante, el rediseño personal y social es posible para minimizar al máximo el efecto perverso de la presión social de grupo.

2.3.2.3. LA FAMILIA

En el caso de los comportamientos que implican riesgos (consumo de drogas, violencia, conducción de vehículos, dietas restrictivas o, en el caso que nos ocupa, comportamientos sexuales sin protección) la familia tiene un papel decisivo en el aprendizaje del autocontrol, y por lo tanto en la probabilidad de que la o el adolescente los practique. Esta influencia se ejerce a través de varias vías:

- El clima afectivo y la comunicación con las madres y los padres. Escuchar, conversar a menudo con las hijas y los hijos, mostrar fascinación por sus logros y elogiar su capacidad para tomar decisiones y defenderlas, es una manera muy efectiva que la familia utiliza para fortalecer a su descendencia y que resulten menos vulnerables.



- El modelado de los padres y las madres. La observación de modelos es la fuente más importante de aprendizaje de nuevos comportamientos. Existe evidencia de que los modelos parentales condicionan poderosamente la probabilidad de las conductas de riesgo en la descendencia. La familia pueden modelar comportamientos reflexivos en los que valoren los pros y contras de determinadas opciones y adopten decisiones ponderadas.

- El estilo en el manejo de las normas y los límites. Este estilo es decisivo en el aprendizaje del autocontrol. Se han encontrado de modo consistente determinados patrones de supervisión parental en las familias de adolescentes con conductas de riesgo. Tanto el *estilo autoritario* (la familia dice a la o al adolescente lo que se debe hacer de modo unidireccional y coercitivo, sin argumentación racional sobre el fundamento de la norma, que debe cumplirse sin más, y utilizando siempre la amenaza del castigo como elemento de control) como el *estilo permisivo* (la familia no establece normas y límites claros), o el *estilo sobreprotector* (la familia no permite a sus descendencia experimentar la autonomía, tomar decisiones, actuar de forma autónoma, ni por lo tanto cometer errores y tener la oportunidad de aprender de esos errores) no promueven el aprendizaje del autocontrol porque hurtan la oportunidad de ejercerlo y experimentar sus consecuencias, o porque no proporcionan normas y contingencias claras. Por el contrario, la ausencia de conductas problemáticas en la adolescencia se asocia con un estilo educativo en el que:

- ✓ La familia acuerda con sus hijos e hijas normas y límites, son un ejemplo de comportamientos deseables, y proporcionan contingencias consistentes (premios y castigos) de modo diferencial hacia aquellos comportamientos que están dentro o fuera de la norma.
- ✓ Las normas tienen un porqué. No surgen de una imposición. No pretenden obediencia ciega, sino ser asumidas como necesarias para el ajuste personal o el funcionamiento social.
- ✓ La familia alientan que los hijos e hijas tomen decisiones de modo autónomo, experimentando e incluso afrontando riesgos de modo controlado.
- ✓ La descendencia es responsable de sus decisiones, afrontando las consecuencias que se derivan de las mismas.
- ✓ Todo ello en un ambiente de comunicación y seguridad afectiva.

2.3.2.4. EL MODELO CULTURAL DEL AMOR ROMÁNTICO

Esta influencia del contexto cultural, social e interpersonal (padres, madres, grupo de iguales,..) está también presente, y de qué modo, en la más privada, íntima y “espontánea” de las relaciones interpersonales: *las relaciones sexuales de pareja*. En ellas se inician las y los adolescentes cargados de aprendizajes culturales sobre lo que es esperable, lo que se “debe” hacer, lo que significa el “amor”... Basta echar un vistazo a la publicidad, a las películas, a las series de televisión para gente joven o a la música que escuchan para comprobar hasta qué punto es decisiva (y a menudo lamentable) su influencia.

Entre estos aspectos culturales está el llamado “modelo del amor romántico”, de profundas y extensas raíces, y de frondosas y poéticas ramas, que suele plantearse como ideal a alcanzar en las relaciones de pareja, y que se caracteriza por la “entrega” completa a una pareja absolutamente idealizada, que se produce como consecuencia de un acontecimiento que surge un buen día (el “enamoramiento”), cuyo carácter quasi-mágico lleva a pensar incluso en una especie de predestinación (“la media naranja”, “el príncipe azul”, “el hombre de mi vida”...). La “entrega” supone, obviamente, la renuncia a pensar en uno mismo, porque el egoísmo es visto como incompatible con el amor, y supone también el deber de complacer a la pareja en todo. Esta *renuncia a la autonomía personal*, esta dependencia en nombre del amor y este irracional temor a la pérdida (“sin ti no soy nada”, dice una canción de Amaral) está en la raíz de la asunción de riesgos en las relaciones sexuales, y también (señalémoslo, de paso) del control del otro, de la idea de posesión y del maltrato en las relaciones de pareja.

2.3.2.5. EL MODELADO DE LAS RELACIONES SEXUALES EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

También la propia ejecución sexual está fuertemente condicionada por modelos culturales sobre lo que supone tener atractivo y sobre lo que debe y no debe hacerse para ser “buen amante” y complacer así a la pareja. Llamamos la atención algunas características frecuentes en las relaciones sexuales tal como se muestran en películas o series de televisión vistas por adolescentes:

- La relación sexual es genital y se identifica con el coito. No hay sexo sin el coito. Todo lo demás es, en el mejor de los casos, “preliminares” o sexo de segunda categoría. Si no se dispone de un preservativo, mal asunto. Por este mismo motivo la relación sexual es breve y apresurada, no hay espacio para el disfrute tranquilo.
- Las escenas de sexo en cine o televisión muy rara vez incluyen el uso del preservativo, y menos aún cuanto más gratificante, apasionada y arrebatadora pretende ser la escena. La espontaneidad parece ser un ingrediente necesario, detenerse a considerar el asunto del preservativo rompe el encanto del momento, por lo que es preferible obviarlo. En los escasos momentos en que aparece, se muestra como una interrupción o un incordio.
- El modelado de la presión del grupo (aprendizaje vicario) es muy frecuente. Consiste en escenas donde se muestran burlas, hacia el chico o la chica que todavía es virgen. Hay películas enteras centradas en esta cuestión.

El comportamiento sexual se aprende. Este aprendizaje proviene de distintas fuentes, pero, por tratarse de un comportamiento íntimo, en buena medida proviene a partir de la observación de modelos que se muestran en medios de comunicación de masas. Lamentablemente, los modelos más habituales parecen favorecer la práctica de comportamientos sexuales de riesgo en la adolescencia.

2.3.2.6. EL MODELO CULTURAL DEL OCIO Y LA DIVERSIÓN

Las relaciones sexuales entre adolescentes a menudo tienen lugar en tiempos y espacios de ocio. Una de las “reglas de oro” del uso de ese tiempo de ocio entre adolescentes, hoy tal vez más que nunca, y por motivos en los que no entraremos, es la inmediatez. Inmediatez significa vivir el momento y no preocuparse del después, darse permiso, al menos durante unas horas, para sustraerse de las normas que rigen el resto de la semana, hacer un paréntesis de desinhibición e incluso de irresponsabilidad, a lo cual contribuye de modo decisivo el consumo de alcohol o de otras drogas, siempre en contexto grupal y reforzado por la pertenencia y la aceptación del grupo.

En este contexto es difícil que las relaciones sexuales no se rijan también por la ley de la inmediatez. Es frecuente que el sexo se practique en el coche, en la playa, en un parque, en los lavabos, en donde surge y donde se puede, en condiciones donde la gestión de los riesgos no es un asunto sencillo.

2.3.2.7. LA INTERCULTURALIDAD

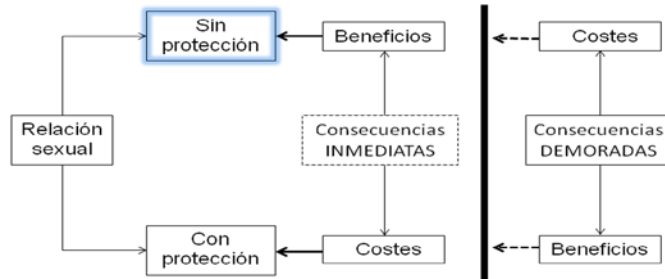
Relacionado con la migración, se cree que la movilidad constante, las barreras culturales y sociales, el limitado conocimiento sobre los servicios sanitarios, los cambios en las prácticas culturales y las situaciones de discriminación, pobreza y desempleo, pueden ir asociados con una mayor práctica de conductas sexuales de riesgo. Así, a la vulnerabilidad que conlleva el hecho de ser adolescentes, se le une la que aparece por ser inmigrante.

La adaptación que las y los adolescentes inmigrantes lleven a cabo en España, en los diferentes aspectos de su vida, es esencial para un correcto desarrollo y calidad de vida y es una variable protectora ante la práctica de conductas sexuales de riesgo. Aquellas personas jóvenes más adaptadas desarrollan menos conductas sexuales de riesgo.

Los y las adolescentes inmigrantes presentan una menor adaptación que los autóctonos, sobre todo en el ámbito familiar y social. Estas dos esferas de la vida son básicas para un correcto ajuste durante la adolescencia; la familia es el agente de socialización más importante para la infancia y adolescencia, y más aún en el caso de un proceso de inmigración, en los que la discordancia familiar conlleva mayores problemas de integración. Además, se estima que la aculturación se relaciona con la adopción de conductas protectoras, lo que incluye la comunicación sobre sexo con la pareja y la actuación a partir del diálogo y la negociación. Conde (2007) se manifiesta en la misma línea, afirmando que los y las adolescentes procedentes de Latinoamérica sufren una gran confrontación cultural a la llegada a España, dado que se enfrentan los valores tradicionales de sus sociedades -sobre las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos o el papel del varón y la mujer- con los valores más modernos que rigen las sociedades de acogida. Así, no saben a qué valores atenerse, encontrándose en muchos casos reticencias por parte de su familia, que les llevan a una situación de mayor vulnerabilidad. A ella contribuye también la discriminación, real y/o percibida, que puedan sentir las personas adolescentes inmigradas.

2.3.3. EL VALOR REFORZANTE DE LA PRÁCTICA SEXUAL Y LOS COSTES DEL COMPORTAMIENTO DE PROTECCIÓN

Además de todos los factores aludidos en páginas anteriores que facilitan las prácticas de riesgo, el comportamiento sexual preventivo resulta en sí mismo complicado de adoptar por las consecuencias a que dan lugar el *comportamiento preventivo* y el *comportamiento de riesgo*. Dicho de otra manera, la juventud ha de elegir una de estas *dos opciones*: a) tener relaciones sexuales *sin protección* o b) tener relaciones sexuales *con protección*. Un análisis de las consecuencias que ocasionan cada una de las dos opciones (ver figura) nos lleva a las siguientes conclusiones.



a) **Optar por *relaciones sexuales protegidas* conlleva *costes inmediatos***

- Como a menudo son relaciones no planificadas, hay que parar, hay que hacer algo tan difícil como demorar la gratificación, para buscar un preservativo. Demorar la gratificación sexual cuando el comportamiento se ha puesto en marcha no es nada sencillo, y fácilmente se buscan argumentos para seguir adelante sin protección (“yo controlo”, “estoy muy sano”, “mañana me tomo la píldora”...).
- Esta demora de la gratificación es mayor, además, cuanto menos accesibles son los preservativos. Es verdad que encontramos máquinas que venden preservativos en el metro, en bares y en muchas esquinas, y eso hace más probable su uso, pero incluso en ese caso no son todo lo accesibles que sería deseable. Quienes viven en pueblos o en entornos rurales encuentran, además, la dificultad añadida de la falta de anonimato cuando se entra en una farmacia a comprar preservativos. Y ciertamente no resulta fácil conseguir que los y las jóvenes, y sobre todo las jóvenes, los lleven por sistema en aquellas situaciones en las que hay probabilidad de mantener relaciones sexuales, tal vez por temor a que la familia los encuentren si los tienen en casa, o también por temor a lo que piensen los demás si saben que siempre sale con preservativos en el bolso.
- Obviamente, otro coste es la pérdida del placer que ellas y ellos suelen asociar con el uso del preservativo (“me molesta”, “me aprieta”, “no me gusta”, “me corta el rollo”...).
- Por ese motivo, otro coste es la necesidad de que las adolescentes negocien de con la pareja ocasional el uso del preservativo o la sustitución del coito por formas de estimulación que no impliquen riesgos. Negarse a practicar el coito si no es con preservativo no es un objetivo tan sencillo de gestionar. Además del previsible déficit de habilidad de comunicación, entra en juego la urgencia de la situación y, a menudo, el temor al abandono de la pareja si se le plantean este tipo de pegas. La idealización para las adolescentes de la pareja y de la situación erótica, asociada al mito del amor romántico, puede hacer el resto. En definitiva,

este conjunto de costes puede hacer que, situándose ante la situación de inicio del juego erótico, el uso del preservativo no compense.

- b) Optar por *relaciones sexuales sin protección conlleva beneficios inmediatos al mismo tiempo que se libera de costes*. Sería la opción más funcional

Esta ley, denominada también *Ley del Efecto o del Refuerzo* y que goza de abundante apoyo empírico, nos permite plantear ciertas predicciones sobre el comportamiento humano. Uno de los corolarios de esta ley nos dice que existiendo dos clases de consecuencias en nuestras acciones (unas “positivas”, otras “negativas”), tienden a prevalecer y a condicionar el comportamiento futuro las consecuencias positivas a corto plazo más que las consecuencias negativas a largo plazo, y ello con independencia del conocimiento que el individuo posea sobre lo que es más conveniente o saludable o seguro llevar a cabo. Lo que explica mejor lo que hacemos no es la información que tenemos sino las consecuencias que experimentamos por lo que hacemos. Más aún por el valor que adolescentes y jóvenes otorgan al horizonte temporal. Ya hemos señalado el valor que el *presente* tiene para la población joven y adolescente, tanto que privarse de un placer inmediato y real como es el goce sexual no compensa por un hipotético embarazo o infección que, tal vez, no ocurra en un futuro que se percibe lejano.

Optar, pues, por la opción que tiene más costes inmediatos y menos beneficios resultan complicado. De ahí el gran valor que una *entrevista motivadora* tiene para que, a pesar de estas dificultades, puedan elegir la opción más saludable. Ello conlleva mejorar nuestras competencias de relación interpersonal.

2.4. UNA MIRADA A LA BIOGRAFÍA

2.4.1. HABILIDADES PARA RESISTIR LA PRESIÓN DEL GRUPO: COMUNICACIÓN Y TOMA DE DECISIONES.

Como señalábamos anteriormente, la presión del grupo es tal vez el condicionante más poderoso del comportamiento de la adolescencia. Esta presión, que se ejerce de distintas maneras, que obviamente se orienta a comportamientos diferentes según los distintos grupos, y que invariablemente utiliza el sentimiento de pertenencia al grupo como reforzador por el cumplimiento de sus exigencias, se ejerce en cualquier caso sobre biografías diferentes, más o menos vulnerables a esta presión en función de su diferente grado de competencia o habilidad para hacer frente a la misma.

Dado que parece difícil conseguir que crecer en un entorno carente de riesgos, y que, además, la presión del grupo es también necesaria y positiva, se comprende que el objetivo preventivo debe orientarse más bien a potenciar la habilidad para afrontar y resistir la presión de grupo más que a eliminar esta.

No hace falta insistir mucho en que, cuando decimos “presión del grupo”, podemos decir igualmente “presión de la pareja”. Tal vez el grupo, en sentido amplio, ejerza su influencia sobre las personas para que se inicien y mantengan relaciones sexuales, pero es tal vez en la situación de pareja (que es, en definitiva, un “mini-grupo”) donde más claramente se manifiesta y se dirime la difícil cuestión de utilizar o no un preservativo cuando tal vez el chico declara que “no le gusta” o que “le molesta”, cuando en torno a esta decisión se cierne la amenaza del deterioro o incluso la pérdida de la relación romántica o cuando esta decisión puede suponer, como mínimo, aplazar la urgencia del momento para buscar un preservativo o prescindir del coito. Afrontar esta presión puede no ser nada fácil.

Ser competente para resistir la presión del grupo o de la pareja implica ser competente para tomar decisiones personales y también ser competente para defender estas decisiones, especialmente cuando son contrarias a las que el grupo o la pareja pretenden inducir.

La competencia para tomar decisiones requiere, a su vez, asumir que sus decisiones, lejos de ser el resultado de una elección libre y carente de influencias, están sometidas a la enorme influencia de los elementos específicos de la situación en que tienen lugar, como son el grupo, la pareja, la publicidad, la moda, la costumbre o los miedos. Pero, además de ser capaces de identificar y cuestionar estos condicionantes, la competencia para adoptar decisiones implica aspectos de cierta complejidad como identificar cuáles son las opciones de que se dispone, recoger información sobre las mismas, analizar los pros y los contras de cada opción y decidirse por una de ellas.

Y queda la segunda parte: defender esta decisión ante el grupo o ante la pareja, objetivo nada sencillo cuando se trata de ir contracorriente de los deseos o las presiones del “otro” o los “otros”. Se trata de ser capaces de decir “no” manteniendo al mismo tiempo (e incluso mejorando) la vinculación existente con la pareja o el grupo.

Incluso cabría ir más allá, y plantear la importancia preventiva de las habilidades sociales y de comunicación en general (escuchar, iniciar y mantener conversaciones, conversar en grupo, expresar emociones, positivas y negativas, defender opiniones similares u opuestas a las del interlocutor, expresar respeto y consideración...). Cuando más amplio sea el repertorio de destrezas sociales, más opciones de comportamiento tendrá disponibles, incluyendo la opción de cambiar de grupo. La “dependencia”, incluyendo la dependencia del grupo y por lo tanto la vulnerabilidad a su influencia o, si se quiere, la “libertad” ante la presión para actuar de una determinada manera, puede

cuantificarse a partir de la amplitud del repertorio de respuestas disponibles ante una misma situación de presión.

No es este el lugar para una exposición pormenorizada de los elementos que entran en juego en esta dialéctica de la presión del grupo y la resistencia del individuo, ni tampoco para plantear cómo llevar a cabo la acción preventiva. Pero sí es importante entenderlo y tomarlo en consideración cuando, en una situación de consulta con personas adolescentes en un programa de salud sexual y reproductiva, nos apliquemos a “rastrear” los motivos por los que quienes consultan se presentan por tercera o cuarta vez en demanda de la píldora de urgencia o con sospecha de un embarazo o una ITS, a pesar de nuestras informaciones y advertencias anteriores.

2.4.2. INFORMACIÓN Y MITOS

Advertíamos en el encabezamiento de este apartado de que la información no es suficiente para la prevención de comportamientos sexuales de riesgo. Sí es, sin embargo, necesaria, en la medida en que determinados déficits de conocimiento o determinadas creencias erróneas contribuyen sin duda a la práctica de estos comportamientos. Algunos de estos déficits y errores que conviene tener en cuenta y rastrear son los siguientes:

- La sobrevaloración de la eficacia y seguridad que se atribuye al método de la “marcha atrás”.
- La consideración de la píldora postcoital como método anticonceptivo que puede utilizarse de modo habitual.
- El conocimiento sobre cómo utilizar el preservativo de modo seguro.
- Los conocimientos sobre qué prácticas sexuales entrañan riesgos y cuáles son seguras para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Así, por ejemplo, puede infravalorarse en riesgo de prácticas como la penetración anal o el contacto bucogenital.
- La idea errónea de que la píldora anticonceptiva no sólo previene el embarazo, sino que también protege frente a infecciones de VIH u otras.

2.4.3. EL REPERTORIO DE FUENTES DE REFUERZO

Decíamos al principio de este texto que no es posible entender plenamente los comportamientos si los consideramos aisladamente unos de otros. Aunque estamos analizando el comportamiento sexual, que es un comportamiento relativamente específico y diferenciado, en realidad las conductas de los individuos son difícilmente parcelables, y por lo tanto difícilmente se entienden sin tomar en consideración su vinculación con otros escenarios de la vida de las y los adolescentes.

En general, podríamos afirmar que aspectos como el valor reforzante del comportamiento de riesgo o el valor que adquiere la conformidad con lo que dicte el grupo y por lo tanto la susceptibilidad a su presión dependen de cómo de amplio y de variado sea el repertorio de fuentes de refuerzo potenciales que tengan en la vida adolescente. Cuando más amplio y variado sea este repertorio, cuanto más gratificantes sean sus transacciones con otros escenarios donde se desarrolla su vida (su familia, su instituto, su tiempo de ocio...), menor será esta vulnerabilidad. Por el contrario, en una situación de mala relación familiar, de problemas escolares, de ausencia de otros intereses o de barreras para acceder a otras actividades, el valor reforzante de la conformidad al grupo aumenta.

En la evaluación que llevemos a cabo de los comportamientos sexuales de riesgo, conviene no olvidar, por lo tanto, ampliar la perspectiva y “echar una mirada” a cómo es la vida, día a día, de quienes nos consultan: qué cosas hace, qué aspectos son gratificantes, cuáles le gustaría que cambiaran, qué cosas le gustaría hacer, qué cosas son importantes para él, cómo se ve de capaz de conseguir sus objetivos, qué barreras percibe...

Somos, pues, biografías que operan en contexto y que se van construyendo interminablemente a través de la acción. La palabra “operar” implica que nuestro comportamiento no es meramente el resultado pasivo de los condicionantes del entorno, sino que somos un elemento activo en este entramado de transacciones porque nuestras acciones producen resultados que implican cambios en el contexto, que a su vez modulan la probabilidad de que nuestras conductas se mantengan y consoliden, o por el contrario se extingan. A través de esta interacción biográfica adquirimos condicionamientos y hábitos poderosos, saludables o no, y también aprendemos (o dejamos sin aprender) importantes repertorios de habilidades y destrezas.

Asumir estos principios es decisivo para poder adoptar de modo coherente y eficaz las estrategias básicas que configuran la Entrevista Motivacional. Como veremos, la Entrevista Motivacional consiste en la construcción de un escenario interpersonal caracterizado por la validación de la perspectiva de quien nos consulta o, lo que es lo mismo, por el reconocimiento y manifestación por parte del profesional de la legitimidad de dicha perspectiva. Esta estrategia de validación es lo que permite suscitar y “poner sobre la mesa” los temores, objeciones y ambivalencias del consultante para abordar su resolución y favorecer la adopción de una decisión. Difícilmente se puede adoptar la estrategia de la validación si no se asume la racionalidad que explica y da pleno sentido a comportamientos a menudo considerados obstinados, absurdos, irracionales o incluso patológicos (como mantener relaciones sexuales sin protección), precisamente por no tomar en consideración sus condicionantes biográficos y contextuales y de género.

3. ENTREVISTA MOTIVACIONAL. UNA ESTRATEGIA DE VALIDACIÓN PARA EL CAMBIO

3.1. UN DESAFÍO “EMPODERAR A LAS Y LOS JÓVENES”

Así pues, ayudar a las y los jóvenes para que prevengan enfermedades y embarazos y disfruten del sexo es un objetivo complejo que requiere de parte de la o el profesional un repertorio de competencias que incluye no solo disponer de información actualizada de métodos anticonceptivos, sino también conocer el contexto de las diferentes prácticas de riesgo y, especialmente, disponer de competencias interpersonales para generar compromiso. Entre estas competencias se incluyen, especialmente:

- Validar o legitimar las prácticas sexuales, así como acudir a consulta
- Identificar de manera personalizada los riesgos existentes
- Informar
- Generar compromiso y tomar decisiones

En resumen, utilizar el preservativo, utilizarlo de modo consistente, utilizarlo bien, o, como dicen, “hacer otras cosas” cuando no es posible utilizarlo, es más complejo de lo que puede parecer a primera vista. No es meramente el resultado de una elección racional e informada. Como tampoco lo es la práctica de otros hábitos asociados a riesgos para la salud, como el consumo de drogas (incluyendo especialmente el tabaco y el alcohol), el sedentarismo o la alimentación poco saludable. Existen, pues, distintas variables que es importante considerar, y en su caso abordar, porque determinan la probabilidad de que (estamos situándonos ya en el contexto de una consulta de salud sexual y reproductiva dirigida a jóvenes) incorporen eficazmente hábitos de prevención.

3.2. QUÉ ES LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Podemos definir la Entrevista Motivacional como un proceso continuado y estructurado orientado al objetivo de favorecer la toma de decisiones por parte de quien consulta en relación a un cambio de conducta, mediante el uso de la estrategia básica de la validación de su perspectiva.

La opción opuesta a la Entrevista Motivacional sería el “estilo tradicional”, caracterizado porque él o la profesional, desde su rol expertía, tiene como objetivo persuadir a quien consulta de que haga lo que “debe” hacer sin tomar en consideración su perspectiva,

sus deseos o sus dificultades, por considerarlas fruto del desconocimiento o de una actitud de resistencia irracional. En este enfoque la o el profesional se limita a informar y a advertir de los riesgos (de fumar, de beber en exceso, de mantener relaciones sexuales sin protección, de alimentarse de modo poco saludable, de llevar una vida sedentaria, de no cumplir correctamente con las prescripciones del profesional de enfermería, medicina, psicología...), pudiendo llegar incluso a discutir con quien consulta.

Se utiliza en el marco de la entrevista entre una persona que consulta y una persona que es consultada, y en ámbitos tan diversos como el tratamiento del tabaquismo o de otras conductas adictivas, la prevención de la diabetes, la prevención de infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados, la orientación profesional o académica y, en general, cualquier campo en que se plantee un cambio de hábitos por parte quien consulta, ante el cual este se muestra ambivalente.

Así pues, podemos sintetizar en dos los componentes esenciales de la Entrevista Motivacional: la toma de decisiones como objetivo de la entrevista, y la validación como estrategia básica para promoverla. Vamos a recorrer brevemente ambos elementos, empezando por el segundo.

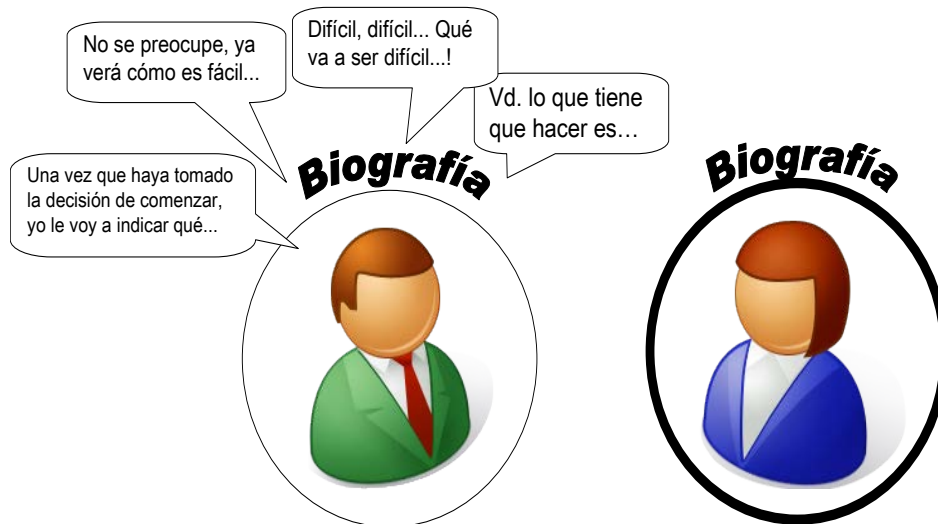
3.3. EL CORAZÓN DE LA MOTIVACIÓN, EL COMPROMISO Y EL CAMBIO: LA VALIDACIÓN.

Los destinatarios de la Atención de Salud son personas que desean ser tratadas con consideración y respeto. Cuando quien provee de esta atención muestran este trato la motivación y el compromiso se acrecienta y el cambio se hace factible. A este trato lo llamamos validación, que tiene el efecto de vitalizar y empoderar a quienes lo reciben.

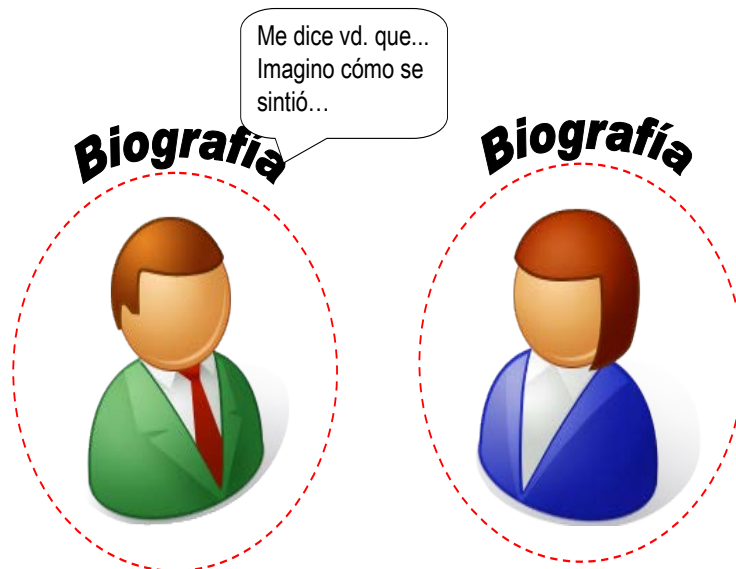
La validación consiste, pues, en el conjunto de actuaciones que durante la consulta se orientan a reconocer la legitimidad, el sentido y la racionalidad del punto de vista de quien consulta, cualquiera que sea y con independencia de lo alejado que pueda estar del conocimiento científico o de lo que se considera recomendable, y a expresarlo así a la persona consultante. Obviamente, no se trata de dar la razón (“válido” o “legítimo” no significa necesariamente “verdadero”) sino de reconocer que con quien hablamos tiene motivos y razones, enraizados en su vida y en su circunstancia, para mantener sus creencias, sus deseos y sus decisiones.

La estrategia de la validación implica, por lo tanto, asumir que cada persona es única y exclusiva, y que, por lo tanto, es inevitable y legítimo que mantenga su propia perspectiva, sea cual sea, de modo que es igualmente legítimo que manifieste resistencias al cambio, que tengan sus propias opiniones, que disientan abiertamente de lo que sugerimos que hagan e incluso que incurran en conductas de riesgo y las aprecien. Implica también que el mejor camino para promover la apertura a la influencia profesional es aceptar y reconocer esta legitimidad.

El efecto que produce la validación de la perspectiva del “otro” es favorecer la permeabilidad a la influencia profesional.



La invalidación de la perspectiva de la persona que consultan provoca impermeabilidad a la influencia profesional



La validación es la llave de la permeabilidad

El anverso de la validación es la invalidación, que resumimos en el acrónimo “RIP” de la figura siguiente. El origen latino de este acrónimo “Requiescat in pace” (descanse en paz) nos recuerda precisamente la ausencia de vitalidad.



A. RESTRINGIR

1. La capacidad de decidir y el ámbito sobre lo que decidir
2. Considerar que el cambio es solo un asunto personal

B. INVALIDAR

- 1 No mostrar consideración y respeto
- 2 Convencer que tiene un problema con su conducta
- 3 Decir lo que tiene que hacer
- 4 No respetar las fases del cambio o ir de prisa hacia el cambio
- 5 Argumentar excesivamente el cambio
- 6 Juzgar las “pegas”, objeciones, ambivalencias o argumentaciones a favor de los comportamientos de riesgo.

C. PROHIBIR o censurar

1. Las prácticas de riesgo (fumar, beber alcohol, no usar el condón,...).
2. La falta de motivación.

El RIP de la motivación y el cambio

El acrónimo RIP se actualiza aquí con sus tres componentes: Restringir, Invalidar y Prohibir o censurar, componentes que resumen lo que no debe hacerse si se pretende motivar y comprometer con los procesos de cambio orientados a facilitar las opciones saludables en la salud sexual y reproductiva. Esta estrategia conduce a que quien consulta adopte un comportamiento defensivo, generando nuevos argumentos para mantener su posición y anulando por tanto su receptividad, y en otros casos conduce a una conformidad aparente, que busca más que nada que la o el profesional no le “regañe” o le sermonee (“bien, haré lo que usted dice”) pero que no genera verdadero compromiso con el cambio.

La validación no es meramente un conjunto de procedimientos que pueden aprenderse mecánicamente y que se utilizan porque producen resultados con independencia del

marco de referencia teórico en el que nos movamos. Por el contrario, la estrategia de validación es más eficaz y más sencilla de utilizar cuando se asume el fundamento psicológico en el que se basa, un fundamento que podemos resumir en dos hechos:

- Por un lado, en el hecho de que todo comportamiento, incluidos aquellos que son claramente contrarios a la salud, es siempre el resultado consolidado de la experiencia biográfica quien consulta, experiencia en la cual ese comportamiento (fumar, beber, mantener relaciones sexuales sin protección, comer exceso de grasas...) ha producido y produce consecuencias reforzantes que compensan, que producen resultados valiosos inmediatos, placenteros y seguros, frente a los riesgos que, aun siendo importantes e incluso conocidos, son más inciertos y más alejados en el tiempo, por lo que tienen menos peso motivacional como condicionantes de la conducta en una situación determinada. Entender que el comportamiento del consultante es legítimo y racional es condición necesaria para aplicar de modo coherente, flexible y eficaz las estrategias de validación.
- En segundo lugar, esta validación es condición necesaria para que se produzca permeabilidad a la influencia profesional. Cuando él o la profesional se interesa por la opinión de la otra persona, por sus deseos, por su punto de vista, por sus dificultades, legitimándolos y no juzgándolos, se desvanecen las resistencias y aumenta su receptibilidad.

La validación implica un cambio de actuación profesional con respecto al manejo de determinadas situaciones que son frecuentes en el contexto clínico o de promoción de hábitos saludables, y en las que, con mucha frecuencia, la o el profesional tiende a actuar de modo directivo e invalidante, como por ejemplo:

- Ante el incumplimiento de propósitos manifestados previamente es decir, ante la vuelta al patrón anterior de comportamiento que es poco saludable o que implica riesgos (volver a fumar, volver a mantener relaciones sexuales sin protección...) después de un tiempo en que se había producido un cambio de comportamiento. La validación implica considerar el incumplimiento de propósitos no como un síntoma de resistencia, de terquedad, o de un proceso patológico subyacente (“recaída”), ante el cual es preciso advertir y reconvenir al usuario o adoptar sin más medidas para que no se repita, sino como una decisión, condicionada sin duda por la situación, pero legítima, que la persona que consulta adopta, y que a quien consulta enfocará como una oportunidad para que la persona que el consulta se replantee si desea persistir en el propósito inicial de cambio, tal vez aprendiendo de la experiencia, o por el contrario si decide continuar con sus viejos hábitos. Esta actitud de aceptación y respeto posibilita que en la interlocución no se oculte a la persona consultada

que ha vuelto a fumar o que ha vuelto a mantener relaciones sexuales de riesgo (algo frecuente cuando se juzgado o reprendido) y permite replantear abiertamente la decisión inicial, que siempre va a ser una decisión de la persona que consulta, nunca del o la profesional, generando, por lo tanto, un mayor compromiso con la decisión adoptada. El incumplimiento de propósitos, lejos de ser un primer paso para la vuelta a los viejos hábitos, es entonces una oportunidad para consolidar el cambio.

- Obviamente, cuando quien consulta decide adoptar un comportamiento contrario a lo aconsejable: seguir fumando, seguir con un estilo de vida sedentario, seguir abusando del alcohol y conduciendo un vehículo, seguir manteniendo relaciones sexuales sin protección... Tal vez sea en esos casos cuando cuesta más refrenar la tendencia, tan arraigada, a adoptar un rol de expertía que dice a la otra persona que tiene que hacer. Ciertamente, esta tendencia no puede ser más bienintencionada ni más justificada desde el punto de vista de lo que es aconsejable y lo que no. A este respecto, es preciso considerar algunas cuestiones. Ante todo, la decisión de la persona que consulta de seguir manteniendo relaciones sexuales sin protección (por ejemplo) no indica cabezonería ni necesariamente inconsciencia, sino el importante valor instrumental, funcional, adaptativo, de este comportamiento y los obstáculos que el consultante percibe para cambiarlo. En segundo lugar, considerar la decisión de este modo, y manifestárselo empáticamente (*realmente no es tan sencillo cambiar eso, ¿verdad?, tienes claro que no te compensa...*) sin realizar juicios de valor ni discutir ni interpretar (*¿pero estás loca o qué?, esto no puede seguir así, lo que tienes que hacer es llevar siempre preservativos, lo que te ocurre es que tienes miedo a no gustar a los chicos...*) produce el efecto de favorecer la permeabilidad hacia la influencia profesional en orden a que quien consulta adopte una decisión a partir de la consideración de los beneficios y perjuicios de uno u otro comportamiento y de una visión más realista de los obstáculos y sus posibles soluciones. De hecho, las decisiones son contextuales, y si quien consulta se enroca en una decisión claramente contraria a la salud es porque ha vivido anteriormente, tal vez en repetidas ocasiones, la experiencia de la invalidación y de que le digan lo que “tiene que hacer”, sin duda bienintencionadamente.

A modo de ejemplos, vamos a reproducir en la siguiente tabla algunas situaciones habituales junto con sugerencias de cómo manejarlas.

Situación: verbalizaciones del consultante	Respuesta validante	Elementos utilizados
<p>CONSULTANTE: Sí, hay veces que, por lo que sea, no utilizo preservativo, y aquí estoy otra vez.</p>	<p>Te veo preocupada, ¿verdad? Creo que puedo entenderlo porque, a mi juicio, asumes riesgos...</p>	<p>Refleja la emoción. Empatiza Habla con "mensajes yo".</p>
<p>PROFESIONAL: ¿A qué te refieres cuando dices que no lo usáis demasiado? ¿Me estás diciendo que tenéis relaciones sexuales sin preservativo, ¿es así?</p> <p>CONSULTANTE: Pues sí... así es... es que no nos gusta... no es que a mí me moleste... pero a mi pareja no le gusta y, claro...</p>	<p>Sí, ciertamente hay muchos jóvenes que dicen lo mismo, y está bien que lo plantees porque así podemos buscar una solución...</p>	<p>Normaliza la objeción y refuerza que se plantee</p>
<p>PROFESIONAL: Ahora si me gustaría conocer qué sabes de los riesgos de no utilizar el preservativo en las relaciones sexuales...</p> <p>CONSULTANTE: Bueno, pues lo que se sabe, aparte de lo que usted ha dicho de que te puedes quedar embarazada,... puedes contraer enfermedades...</p>	<p>Veo que estás bien informada, y además veo también que esto te afectaría, en efecto,... (le informa un poco más)....</p>	<p>Refuerza a la consultante por la información de que dispone, aunque sea limitada. Empatiza con su preocupación</p>
<p>CONSULTANTE: No sé... ahora lo veo más claro pero cuando surja la discusión, no sé.. Le quiero mucho y me da palo que se enfade..</p>	<p>No es agradable, en efecto, que montéis una bronca por esto cuando de lo que se trata es que disfrutéis.</p>	<p>Refleja el sentimiento que acompaña al mensaje de la consultante. Empatiza con ese sentimiento.</p>
<p>PAREJA DE LA CONSULTANTE: .. los preservativos... a veces discutimos por eso.. ella quiere que me los ponga y a mí no me gustan....</p>	<p>(Con una sonrisa..) Bueno, déjame decirte que no eres el único, hay más chicos a los que les pasa lo mismo....</p>	<p>Normaliza la dificultad y empatiza con ella</p>
<p>PAREJA DE LA CONSULTANTE: a veces me enfado cuando me dice que me ponga un preservativo, porque pienso que no tiene confianza en mí...</p>	<p>Te estoy escuchando y veo que te importa tu pareja, veo que te haces cargo de lo mal que ella lo puede estar pasando. Además, está bien que me digas esto porque de lo que se trata es que podáis llegar a un acuerdo en relación con los métodos anticonceptivos que utilicéis y es importante conocer cómo te afecta a ti y cómo le afecta a tu chica.</p>	<p>Refleja el sentimiento Manifiesta reconocimiento al consultante por su preocupación. Refuerza y agradece la objeción</p>
<p>CONSULTANTE: si, sé lo que son las ITS; pero yo uso condón cuando tengo un rollo con alguien que no conozco, pero con mis amigos, pues no, porque sé que están bien como yo.</p>	<p>Me alegra que uses condón cuando tienes relaciones con chicos poco conocidos. Déjame preguntarte algo...</p>	<p>Refuerza los comportamientos saludables cuando se producen. Manifiesta reconocimiento.</p>

<p>CONSULTANTE: bueno, después de la sesión que tuvimos el otro día mi pareja y yo hemos podido hablar tranquilamente acerca de todo esto</p>	<p>Habéis dado un paso adelante muy importante al haber hablado entre vosotros y haber planteado el problema. Enhorabuena, porque es el primer paso para resolverlo. Se me ocurre que, incluso, podríais mejorar si...</p>	<p>Proporciona <i>feedback</i>. Manifiesta reconocimiento</p>
<p>CONSULTANTE: Si, me voy hacer esas pruebas y por lo demás pues voy a utilizar siempre condón</p>	<p>Estupendo, me parece muy bien que estés dispuesta a hacerte las pruebas y que hayas decidido protegerte a partir de ahora y no jugar a la ruleta rusa.</p>	<p>Manifiesta reconocimiento. Refuerza por haber tomado una decisión difícil.</p>
<p>CONSULTANTE: Si, si puede ser como usted dice, pero no es tan fácil usar siempre el preservativo...</p>	<p>Te veo dudar, y haces bien que seas algo escéptica, porque así podemos plantear las dificultades que tú percibes y buscarles una solución... Además, comparto lo que dices...</p>	<p>Refuerza el escepticismo y la objeción. Manifiesta acuerdo</p>
<p>CONSULTANTE: Hace una semana cuando estaba con mi chico, lo hicimos,... no teníamos condón... y me gustaría saber si puedo estar embarazada</p>	<p>(Con gesto de preocupación y mirando fijamente a la consultante) puedo entender que estés preocupada...</p>	<p>Empatiza con la emoción</p>
<p>CONSULTANTE: Mi novio me ha dicho que si pasara algo me apoyaría, estaría a mi lado, es muy bueno conmigo, me importa mucho y yo por él haría cualquier cosa</p>	<p>Sé que te enfrentas a una situación dolorosa, y me doy cuenta de la importancia de tu relación.</p>	<p>Empatiza con la emoción y con la perspectiva de la consultante</p>
<p>CONSULTANTE con gestos de sentirse algo enfadada.): perdoneme, pero es que estoy ya cansada de que me digan lo que he de hacer, mi madre, ¡y hasta mi tía! están siempre con el mismo rollo...</p>	<p>María, trato de ponerme en tu lugar, y creo que puedo entender tu enfado si como dices, tu madre y ¡hasta tu tía! te dan la vara sobre el preservativo... seguro que en esos momentos te dan ganas de mandarlas a paseo, te enfadas e incluso te apetece hacer lo contrario...</p>	<p>Empatiza con la emoción y la perspectiva.</p>
<p>PROFESIONAL: Veo por tu historia que es la tercera vez que vienes por la píldora de emergencia en pocos meses... ¿correcto? CONSULTANTE: Sí, en fin (retira la mirada), la verdad es que soy un desastre, me da vergüenza, he vuelto a hacerlo...</p>	<p>Bien, desde luego me preocupa que hayas vuelto a tener relaciones sexuales sin protección, pero déjame decirte un par de cosas. En primer lugar, has hecho bien en venir, y sé que no es fácil, porque sé que te da vergüenza venir otra vez. En segundo lugar, eso significa que al menos tienes claro que incurres en riesgos... Y en tercer lugar, ya que ha vuelto a ocurrir, podemos tratar de aprender del error para que no se repita, si tú quieres.</p>	<p>Habla con "mensajes yo". Refuerza el hecho de tener conciencia de los riesgos y haber acudido de inmediato. Empatiza con la emoción. Plantea la conducta a seguir a partir de ahora como una decisión suya.</p>

La validación es una estrategia compleja, que puede materializarse a través de una combinación de destrezas o habilidades más elementales, la mayoría de las cuales aparecen ejemplificadas en la tabla anterior, y que representamos en la siguiente figura:



Habilidades que materializan la validación

- **Preguntar**, y en concreto hacer **preguntas abiertas**, que no se responden meramente con un sí o con un no, significa dar la oportunidad de hablar, de expresarse, y por lo tanto es la condición previa para poder escuchar y, por lo tanto, para poner en juego el resto de las destrezas que configuran la validación. Escuchar permite, ante todo, recoger información de primera mano, conocer las circunstancias y la perspectiva del “otro” sin partir de ideas preconcebidas, y además expresa interés por esa perspectiva y por lo tanto es un primer paso necesario para construir una relación basada en la confianza.

¿Qué sabes sobre los riesgos de mantener relaciones sexuales sin preservativo?

Me pregunto hasta qué punto es importante para ti evitar estos riesgos. Por un lado me dices que conoces los riesgos y que te preocupan, pero por otro sigues manteniendo relaciones que implican esos riesgos. ¿Cómo lo ves?

- **Escuchar activamente** supone estar abierto a lo que me dicen, tratando de comprenderlo desde la perspectiva del “otro”, no desde la propia. Dado que la conducta de interlocución es interdependiente, escuchar al otro es la mejor forma de promover que el otro también me escuche. Escuchar es una habilidad compleja, que incluye distintos subcomponentes verbales (repetir, parafrasear, preguntar al hilo, hacer resúmenes, reflejar el sentimiento...) y no verbales (contacto ocular, postura del tronco, gestos con la cabeza, sonidos...).

Así que a veces utilizas el preservativo y a veces no, ¿es así?

Te noto nerviosa y preocupada

A ver si te he entendido: me dices que, por un lado...

- **Expresar empatía** significa que a quién se consulta manifiesta que se hace cargo de las emociones, sentimientos o deseos que experimenta quién consulta y que expresa con palabras o sin ellas. Obviamente, es un elemento central de la validación. Es importante que la expresión de empatía refleje el sincero esfuerzo del consultor o la consultora por experimentar el estado emocional de quién consulta, aunque sea de modo vicario, y no se convierta en el mero uso de fórmulas (*entiendo cómo te sientes...*).

Te noto preocupada; ¿es así?

No sé, nunca he estado en tu situación, pero imagino que todo esto que me cuentas de tu novio te afecta mucho...

María, trato de ponerme en tu lugar, y creo que puedo entender tu enfado si como dices, tu madre y ¡hasta tu tía! te dan la vara sobre el preservativo...

- **Proporcionar *feedback***. El *feedback* (o retroalimentación) es la información que vamos recibiendo sobre los resultados de nuestras acciones a medida que estas se van ejecutando, y que nos permite ir regulando las acciones sucesivas (al igual que las indicaciones de “frío, frío” o “caliente, caliente” que recibimos en el juego de la gallina ciega nos orientan en la búsqueda). Proporcionar *feedback* es importante especialmente cuando quién consulta trabaja por conseguir objetivos a medio o largo plazo, y cuando el efecto que producen los pasos intermedios no es evidente. El *feedback* favorable es entonces un poderoso reforzador de los esfuerzos en dirección a la meta perseguida, y por lo tanto un elemento central de validación de estos esfuerzos. Proporcionar *feedback* de modo que resulte reforzante implica dos cuestiones: destacar los elementos favorables de la ejecución, y sugerir cambios para mejorar.

Creo que está muy bien que hayas decidido llevar preservativos en el bolso, eso te ayudará a no correr riesgos. Y en las situaciones en que, a pesar de todo, no tengas un preservativo a mano, ¿qué podrías hacer?

Habéis dado un paso adelante muy importante al haber hablado entre vosotros y haber planteado el problema. Enhorabuena, porque es el primer paso para resolverlo. Se me ocurre que, incluso, podríais mejorar si...

- **Manifestar acuerdo o compartir** consiste en destacar los aspectos en los que él o la profesional opina de la misma manera que quién consulta, y que, por lo tanto, comparten, por encima de que exista conflicto o desacuerdo en otras cuestiones. Manifestar acuerdo se opone a la tendencia a comunicar de entrada desacuerdos y “peros”. Una vez manifestado el acuerdo (que puede ser parcial, si se refiere a alguna parte de lo manifestado por el interlocutor, o bien total), podemos pasar a expresar aquello en lo que nuestra perspectiva es diferente. Expresar acuerdo es una manera de evitar entrar en discusiones estériles sobre cuestiones en las que no hay conflicto. Además, es una forma de validar la perspectiva (a pesar de las áreas de desacuerdo) y por lo tanto de favorecer su permeabilidad, en la medida en que comunica no solo que se le ha escuchado sino que además se comparte al menos una parte de lo que se manifiesta.

Sí, estoy de acuerdo en que no es tan fácil como parece...

Estoy de acuerdo en que muchas veces no se tiene un preservativo a mano, aunque uno lo intente...

Sí, imagino que a veces tu madre te da la lata...

- **Expresar reconocimiento** por algo que el consultante ha hecho y que ha supuesto un esfuerzo en la dirección que él o ella se ha marcado es un elemento básico de la validación, y refuerza la tendencia a seguir en la misma dirección. Un elemento especialmente validante es expresar reconocimiento por plantear dudas y objeciones, algo que no suele ser habitual y que, sin embargo, ayuda en el proceso de toma de decisiones en la medida en que permite plantear y abordar las dificultades.

Está muy bien que hayas venido, a pesar de que te da un poco de vergüenza...

Te agradezco que plantees esa objeción, porque ciertamente...

Veo que este asunto te preocupa, y además estás bien informada...

- **Hablar con “mensajes yo”**, o en primera persona (*en mi opinión..., a mí me parece..., yo creo..., a mi juicio...*) es lo opuesto a lanzar afirmaciones o juicios pretendidamente objetivos (*esto es así y así...*). Se habla, pues, desde la propia perspectiva, y en esa medida son mensajes que comunican respeto a la perspectiva del “otro” y, por lo tanto, son validantes y promueven permeabilidad. Además, favorecen la expresión de desacuerdos por parte del o la profesional y permiten así abordar las dificultades.

A mí me preocupa que hayas tenido relaciones sexuales sin protección.

A mi juicio, asumes riesgos...

Me alegro de que hayas tomado esa decisión.

3.4. LA TOMA DE DECISIONES

La toma de decisiones es el segundo aspecto central de la Entrevista Motivacional. El objetivo de la Entrevista Motivacional es ayudar a que se adopte una decisión personal, de calidad, firme y que implique un compromiso por su parte. La validación es la estrategia que permite llegar a este objetivo, porque permite poner “sobre la mesa”, en un contexto interpersonal de aceptación, legitimación y respeto, todos los elementos a considerar en la toma de decisiones (creencias, expectativas, lagunas de información, objeciones, discrepancias, ambivalencias, razones para la resistencia al cambio...). La importancia de que sea la propia persona que consulta quien adopte una decisión, frente al procedimiento habitual, consistente en que es el o la profesional el que la toma por él (*tienes que dejar de fumar, tienes que perder peso, tienes que utilizar preservativo siempre que tengas relaciones sexuales*) es que las decisiones que adoptada manera propia comprometen más que aquellas que son impuestas.

En el contexto de la estrategia de la validación, existen algunos elementos que ayudan a materializar la toma de decisiones, y que representamos en la figura siguiente.



Habilidades que materializan la toma de decisiones

- **Reafirmar la libertad de decisión**, es decir, señalar de modo explícito, tal vez al comienzo de la entrevista, que es al o la consultante a quien corresponde adoptar una decisión, que será respetada en cualquier caso, y que la función profesional será ayudarle a adoptarla.

Sólo tú puedes decidir...

Puedes decidir seguir como hasta ahora, asumiendo riesgos, o bien hacer algunos cambios que te permitan prevenirlos.

Sé que parece fácil pero no lo es, porque a lo hora de la verdad hay dificultades. Si quieres, yo puedo ayudarte a encontrar soluciones para esas dificultades, pero la decisión es tuya

- **Desarrollar la discrepancia** entre el comportamiento de la o el consultante (conducta sexual de riesgo) y la importancia que concede a los riesgos, o entre la conducta y sus valores, o entre su comportamiento y determinadas creencias. Para ello, el o la profesional chequea los valores de la o él consultante, sus objetivos, la importancia que concede al comportamiento de riesgo, y posteriormente señala la discrepancia.

Veo que estás bien informada sobre los riesgos de tener relaciones sexuales sin protección. Me pregunto hasta qué punto son importantes para ti esos riesgos (quedarte embarazada, contraer una infección...) (...)

Por un lado me dices que te preocupa mucho la posibilidad de estar embarazada, pero por otro lado sigues teniendo ocasionalmente relaciones sexuales sin protección... ¿cómo lo ves?

Por un lado me dices que quieres mucho a tu chico y que confías plenamente en él. Y por otro estás aquí, muy preocupada... ¿no hay una contradicción?

Por un lado me dices que para ti es muy importante estudiar la carrera que quieres, y que te gustaría ir al extranjero como fue tu hermano... y por otro lado sigues manteniendo relaciones sexuales que implican riesgos que, como tú dices, pueden echar atrás esos planes... ¿cómo lo ves?

- **Promover la autoeficacia**, es decir, que quién consulta se sienta capaz de conseguir el objetivo que se propone. Cuando nos marcamos un plan de cambio, un determinante decisivo de la probabilidad de iniciarlo y de persistir en él a pesar de las dificultades es la percepción que tengamos sobre nuestra capacidad para llevarlo a cabo. Por este motivo, una estrategia importante para promover la toma de decisiones a favor del cambio de conducta es promover la autoeficacia. La autoeficacia no es una característica personal con la que nacemos, ni algo que se genere meramente con buenas palabras; la autoeficacia se alimenta de los éxitos pasados cuando se han acometido objetivos parecidos, es decir, nos sentimos capaces de conseguir algo cuando ya en el pasado hemos conseguido algo parecido. Por ese motivo, una buena forma de promover la autoeficacia es promover acciones con alta probabilidad de éxito; otra forma es señalar éxitos pasados.

Veo que hay situaciones, que de hecho son la mayoría, en que, a pesar de las dificultades, has hablado con tu pareja y habéis decidido practicar sexo sin coito y sin riesgos, o esperar a tener un preservativo... Eso me indica que eres capaz...

- **Reforzar verbalizaciones automotivadoras.** A lo largo de la entrevista, y como consecuencia de los procedimientos puestos en juego por el o la profesional, se favorece que él o la consultante hable sobre la conveniencia del cambio, sobre su disposición al cambio o sobre su autoeficacia en relación con el cambio. Se trata de “verbalizaciones automotivadoras” que le aproximan a la decisión de acometer el cambio. Es crítico, en orden a favorecer la toma de decisiones, que él o la profesional no deje pasar la oportunidad de reforzar estas verbalizaciones.

O sea, que, si no te entiendo mal, no te parece fácil pero podrías intentarlo...

Así que piensas que correrías menos riesgos si utilizaras siempre el preservativo...

CONSULTANTE: Sí, la verdad es que soy contradictoria, estoy preocupada pero al mismo tiempo sigo haciendo lo mismo... profesional: Bien, veo que percibes una discrepancia... ¿qué podrías hacer para salir de ella?

PROFESIONAL: Quizás probar a llevar los preservativos en el bolso...

PROFESIONAL: Me parece una buena idea...

- **Informar adecuadamente** es un elemento básico para favorecer la toma de decisiones. Es más probable que adoptemos una decisión, y que esta sea más firme y más mantenida en el tiempo si se despejan nuestras dudas, si tenemos una percepción realista de lo que implica esa decisión, si somos conscientes de los obstáculos que se pueden plantear, si sabemos en qué consiste la ayuda profesional que nos van a proporcionar y si se corrigen expectativas equivocadas. Conviene matizar un par de cuestiones, sin embargo. En primer lugar, la información, siendo una estrategia importante, no es la única, como vemos, y ni siquiera es la más importante desde el punto de vista de promover cambios de comportamiento, a pesar de tratarse de la táctica predilecta y hasta exclusiva en el modelo tradicional de entrevista; la información adecuada es básica si va acompañada del resto de las destrezas que materializan la toma de decisiones. En segundo lugar, el matiz está en el adverbio “adecuadamente”, entendiéndolo por tal que se cumplan determinadas condiciones:

- ✓ Previamente se ha suscitado el interés por la información que se va a proporcionar, a través del diálogo. La información no se ofrece “en frío”. Además, se pregunta primero si se desea recibir esa información.
- ✓ La información es comprensible, evita la jerga técnica y se formula en términos accesibles en función de las características de la persona que

consulta. Debe producir una comprensión del problema en términos que lo hagan controlable.

- ✓ La información se refiere a en qué va a consistir el procedimiento propuesto o la ayuda que le podemos prestar.
- ✓ La información indaga y aborda las principales expectativas erróneas que suelen existir, y que por definición no se cumplen, pudiendo generar frustración y abandono.
- ✓ Se debe preguntar si se ha comprendido, si se desea más información...

Sí, tus análisis son negativos, no tienes ninguna infección, pero la verdad es que, como dices, corres riesgos... Si quieres, puedo informarte sobre opciones que puedes tomar para protegerte, y en qué te podemos ayudar... Además, hay algunas expectativas que conviene dejar claras para que tú decidas... Por ejemplo, ¿qué sabes sobre la píldora anticonceptiva? (la consultante responde y el profesional completa o corrige la información)

- El **balance decisional** es un procedimiento útil para promover la toma de decisiones. Consiste en pararse a pensar y anotar, en un papel las ventajas y los inconvenientes (en dos columnas diferentes) que tiene cada una de las opciones posibles que se nos presentan cuando hemos de tomar una decisión. Además, es útil distinguir entre las ventajas e inconvenientes a corto plazo y a largo plazo, para favorecer así una toma de decisiones que no esté guiada solo por ventajas inmediatas (los comportamientos saludables son más ventajosos a largo plazo pero implican costes, a veces importantes, a corto plazo, motivo por el cual son menos frecuentes que los comportamientos poco saludables, que presentan consecuencias de tipo opuesto). Este ejercicio puede realizarse durante la propia entrevista o bien pedirlo como tarea para casa y revisarlo en la siguiente sesión.

Para ayudarte a decidir, te propongo que hagamos un ejercicio muy útil y muy sencillo: ¿qué te parece si piensas y haces una lista de las ventajas y los inconvenientes de utilizar el preservativo y de no utilizarlo? Piensa en todo tipo de consecuencias, y además voy a pedirte que distingas entre consecuencias a corto y a largo plazo, por ejemplo así... (El o la profesional dibuja una tabla en un papel, o en la pizarra, y muestra cómo se puede rellenar).

- **Cambiar reglas verbales** supone detectar y modificar determinadas normas, formuladas lingüísticamente, que regulan nuestro comportamiento y que han sido aprendidas no por la experiencia directa sino por aprendizaje vicario, observando modelos que las manifiestan. El problema de las reglas verbales es que podemos tomar “la palabra” como si fuera “la realidad”, cuando no lo es, y producir así efectos limitantes de nuestro comportamiento.

CONSULTANTE: Es que quiero mucho a mi novio, si me dejara sería terrible, no quiero ni pensarlo, no puedo vivir sin él, lo necesito.

PROFESIONAL: Veo que, en efecto, le quieres mucho y es muy importante para ti. Si te dejara, sin duda lo pasarías mal. Pero, dime, ¿qué quieres decir con eso de que “no puedes vivir sin él” y que “lo necesitas”? ¿Lo necesitas como el aire? ¿Qué pasaría si te dejara? (el diálogo se orienta a la diferencia entre “lo quiero mucho” y la regla verbal “lo necesito, no puedo vivir sin él”).

- **Promover acciones** significa que, cuando no sabemos qué opción adoptar o no nos sentimos capaces que llevar a cabo la decisión adoptada, una buena estrategia para salir de dudas es hacer la prueba y tomar la decisión después, evitando así la paralización dando vueltas y vueltas a las distintas opciones y debatiendo de forma estéril sobre si esta es mejor que la otra o si seré capaz o no de llevarla a cabo. La acción puede ser, por lo tanto, previa a la decisión.

PROFESIONAL: ¿Qué te ayudaría a salir de dudas? ¿Cómo podríamos saber si lo que anticipas se va a cumplir? CONSULTANTE: bueno, probando... PROFESIONAL: Está muy bien que dudes, que no hagas las cosas a la ligera... ¿qué te parece si hacemos un experimento...?

- **Utilizar metáforas** es un recurso que puede utilizarse eficazmente para promover la toma de decisiones, porque ayuda a que QUIEN CONSULTA se abstraiga momentáneamente de su situación personal y tome perspectiva observando situaciones hipotéticas parecidas. Las metáforas no generan resistencia porque eluden la confrontación, son bien recibidas, se recuerdan con facilidad por su estructura narrativa y requieren la participación activa del que las escucha en la medida en que invitan a este a trasladar las conclusiones de la metáfora a su situación personal.

Un ejemplo: las consecuencias a corto y a largo plazo de las distintas opciones y la metáfora de la vaquita

Un Maestro samurai paseaba por el bosque con su discípulo, cuando pasaron junto a una cabaña de madera, muy pobre, frente a la cual había una familia vestida con ropas sucias y rasgadas, sin calzado. El maestro se acercó al padre de familia y le preguntó: “En este lugar no existen posibilidades de trabajo ni de comercio... ¿qué hacen ustedes para sobrevivir?”.

El padre contestó: “Tenemos una vaquita que nos da varios litros de leche todos los días; una parte de la leche la vendemos, y otra parte la consumimos, y de esta manera vamos sobreviviendo”.

El maestro y su discípulo continuaron caminando. Al poco tiempo, el sabio dijo al muchacho: “Date la vuelta, busca la vaquita y tirla por el barranco”.

El joven se sorprendió mucho de la orden recibida, y objetó: “Pero, maestro, vamos a privarles de su único medio de vida”. El maestro no respondió, y el discípulo obedeció su orden.

Tiempo después, sin embargo, se sintió culpable y decidió volver a la cabaña para pedir perdón y ofrecerles ayuda. Con sorpresa, descubrió que donde antes había una casucha de madera y una familia harapienta ahora había una hermosa casa de piedra con un jardín florido, un coche y varios niños bien vestidos. Con sorpresa, descubrió que se trataba de la misma familia con la que tiempo atrás habían hablado su maestro y él.

Naturalmente, preguntó al dueño de la casa cómo había sido posible ese cambio. Este le contestó: “Al morir la vaquita, no tuvimos más remedio que hacer otras cosas y aprender otras habilidades que antes no teníamos; así fuimos progresando hasta llegar a tener lo que ves”.

La moraleja de este cuento es: a veces tenemos una vaquita que nos proporciona alguna cosa básica pero que, al mismo tiempo, se convierte en una rutina, nos hace dependientes de ella y nos impide ir más allá de lo que la vaquita nos brinda. Tira, pues, por el barranco a tu vaquita.

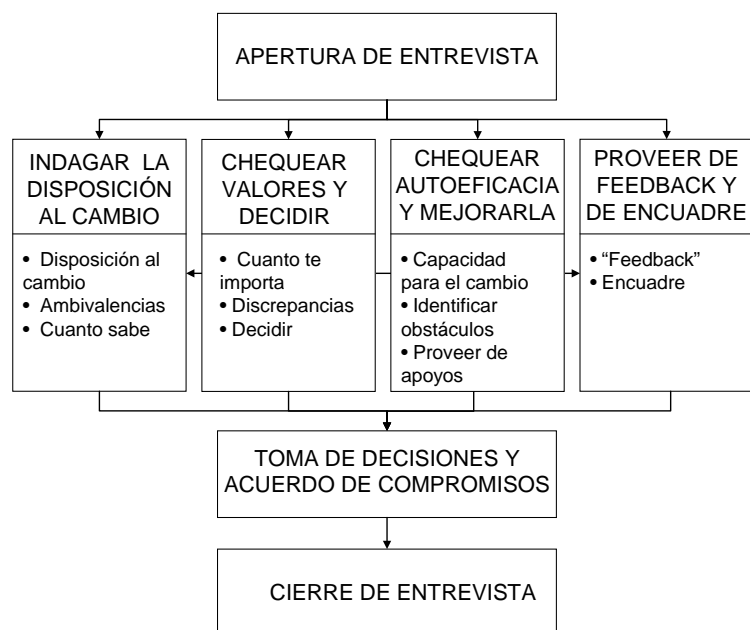
3.5. FASES DE LA ENTREVISTA

Cabe distinguir dos componentes distintos de los que depende la decisión de asumir un cambio, por ejemplo en orden a practicar comportamientos sexuales seguros. Estos dos componentes son las dos dimensiones clásicas de la motivación:

1. Hasta qué punto el cambio es importante para mí.
2. Hasta qué punto me veo capaz de conseguirlo.

Ambas cuestiones son abordadas durante la entrevista, en este mismo orden. Sobre la primera cuestión, el objetivo de la entrevista es construir la motivación para el cambio; en el caso que nos ocupa, se trata de identificar los riesgos que implica mantener relaciones sexuales sin protección y concretar así qué desea hacer la PERSONA QUE CONSULTA. Sobre la segunda, el objetivo es más bien identificar obstáculos y formas de afrontarlos; en este caso, qué barreras existen para utilizar de modo consistente las medidas de protección como el uso del preservativo y u otras prácticas de conductas sexuales sin riesgo. El resultado de ambos procesos es asumir una decisión y un compromiso respecto al cambio.

A partir de estos dos componentes centrales, cabe plantear un modelo secuencial o de “fases” que sirva de guía de entrevista motivacional. Los componentes de este modelo secuencial aparecen en el siguiente gráfico:



La **apertura de la entrevista** tiene varios objetivos:

- Lograr una relación con la persona que consulta en la que ésta se sienta cómoda, segura, libre de amenazas de ningún tipo, y perciba al o la profesional como digno de crédito y confianza.
- Lograr que perciba con claridad el objetivo de la entrevista y el procedimiento a seguir.
- Establecer de forma clara que es la propia persona a quien corresponde tomar las decisiones que desee en relación con el asunto que se va a tratar.

Desde la apertura asumimos un estilo validante en el que se evita asumir un rol de expertía (categorización diagnóstica, jerga técnica...), así como prescribir lo que el "otro", "debe" hacer. Al plantear el contenido del que se va a tratar (las relaciones sexuales sin protección, en este caso), el o la profesional asume un estilo descriptivo de comportamientos (*observo que es la tercera vez que acudes a consulta por este motivo...*) e indaga sobre lo que conoce y lo que le preocupa de esos comportamientos de riesgo.

La **indagación sobre la disposición a asumir cambios** en las conductas sexuales de riesgo es una cuestión clave a dilucidar, y condiciona todo el desarrollo posterior del encuentro. El objetivo de esta indagación es conocer la **disposición** a modificar de forma consistente estos comportamientos, así como sus **motivos, expectativas, ambivalencias** o **conocimiento** de los riesgos.

Esta indagación se introduce mediante **preguntas abiertas** (*¿qué sabes sobre...?, ¿conoces los riesgos de...?*).

La siguiente fase (**chequear valores y ayudar a tomar una decisión**) tiene como objetivos identificar hasta qué punto son **importantes** para el/la consultante los riesgos derivados de su comportamiento sexual (*Si tuvieras que puntuar de 0 a 10 la importancia que tendría para ti quedarte embarazada o contraer una enfermedad, ¿qué puntuación le darías?... ¿por qué 10 y no 2, por ejemplo?*) para, a partir de ahí, promover **discrepancias** entre esa importancia y lo que hace realmente (*por un lado, me dices que este es un asunto que te preocupa mucho y que es muy importante para ti porque tendría consecuencias graves, pero por otro lado sigues teniendo relaciones sexuales sin preservativo, y de hecho has venido ya varias veces... ¿cómo lo ves?*), de forma que esa discrepancia le ayude a tomar una **decisión**.

Si el/la consultante verbaliza que desea cambiar, la siguiente fase consiste en **chequear su percepción de auto-eficacia y mejorarla**. La autoeficacia (percepción de la capacidad de uno mismo para conseguir un objetivo determinado) es un condicionante decisivo de la probabilidad de iniciar un proceso de cambio. Valorar esta autoeficacia, conocer sus motivos y mejorarla es, pues, un elemento clave de la entrevista. El objetivo en este punto es, pues, valorar la percepción de autoeficacia, **identificar obstáculos** para que esa autoeficacia no sea mayor, y **mejorarla**. Algunas preguntas y comentarios útiles para conseguir estos objetivos son: *Si tuvieras que puntuar de 0 a 10 hasta qué punto te sientes capaz de conseguir estos cambios que te propones, ¿qué puntuación te darías?... ¿por qué 5 y no 10? (invitamos así a que nos hable de los obstáculos y dificultades que identifica para llevar a cabo su propósito)... ¿qué te ayudaría a estar más segura?... observo que, a pesar de que confías poco en tu capacidad para cambiar esto, hay aspectos en tu vida en las que sí pareces muy tenaz... Tal vez podríamos ayudarte a afrontar mejor estos obstáculos de los que me hablas (por ejemplo, “a mi novio no le gusta utilizar el preservativo”), ¿qué te parece si...?*

Una vez abordados todos los aspectos anteriores, que constituyen el núcleo de la entrevista, cabe plantear una fase de **feedback y encuadre**, que tiene varios objetivos importantes: resumir o **sintetizar** los elementos clave que hemos indagado, **validar** una vez más la perspectiva de la persona que consulta en todos los aspectos que hemos indagado (disposición al cambio, valores y autoeficacia), y finalmente facilitar el establecimiento de algún **acuerdo o compromiso**. Se trata, en este punto, de establecer un **plan de acción**, que dependerá de hasta qué punto el/la consultante está decidida a llevar a cabo o no cambios en su comportamiento sexual, y del tipo de obstáculos o dificultades que identifica y que a partir de ahí trabajaríamos para eliminar.

En cuanto al **cierre de la entrevista**, se trata de que contribuya a consolidar la relación de respeto y confianza, de modo la personase vaya sintiéndose cómoda y segura, y **dispuesta a volver**. También es importante que la sesión dé como resultado un **acuerdo sobre acciones concretas** y en un plazo establecido, de modo que se adquiriera un compromiso con la decisión adoptada. Probablemente se concertará una nueva cita, en cuyo caso anticiparemos de qué asuntos va a tratar y por qué son importantes. Para el intervalo temporal hasta la nueva cita pueden proponerse determinadas “tareas para casa”.

ⁱ Los ejemplos son pequeños extractos del material audiovisual realizado a varias jóvenes y a una pareja que han participado en el proyecto