



Guía práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes

ORIENTACIONES GENERALES
Dirigida a los equipos de Atención Primaria

2011



RESPONSABLES TÉCNICOS DEL DOCUMENTO

Sylvia Santander Rigollet

Médico Cirujano. Universidad de Chile.

Diploma en Bioética, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Magíster en Psicología de la Adolescencia, menciones Biomédica y Psico-educación, Facultad de Psicología UDD.

Candidata a Doctor en Ciencias de la Educación. Universidad Metropolitana de Ciencia de la Educación.

Miembro del Directorio de la sociedad Chilena de Adolescencia.

Encargado del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Jefa del Departamento de Ciclo Vital. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública.

Autoría y redacción (por orden alfabético)

María Isabel González Trivelli

Enfermera Matrona. Pontificia Universidad Católica de Chile. Centro de Salud del Adolescente SerJoven.

Profesor Asistente. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Oriente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

Lorena Luisa Ramírez Concha

Matrona. Universidad de Chile.

Directora del Centro de Salud Integral del Adolescente: Rucahueche.

Profesor Asistente. Escuela de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Santiago de Chile.

Colaborador, consideraciones bioéticas del Documento

Adela Montero Vega

Médico Cirujano. Universidad de Chile. Especialista en Obstetricia, Ginecología, Ginecología Pediátrica y de la Adolescencia. Diplomada en Bioética Clínica y Ética de la Investigación Biomédica. Candidata a Magíster en Bioética de la Universidad de Chile.

Directora de CEMERA. Profesor Asistente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

GRUPO DE EXPERTOS PARTICIPANTES

M. Ximena Luengo Charath

Médico, especializada en Adolescencia.

Magíster en Salud Pública, Universidad de Chile

Past-President del Comité de Adolescencia, Sociedad Chilena de Pediatría

Prof. Asistente. Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Directora FONIS.

Teresa Millán Klüsse

Matrona. Universidad Chile

Magíster en Salud Pública. Universidad de Chile

Diploma en Docencia en Ciencias Biomédicas. Universidad de Chile.

Prof. Asociada. Facultad Medicina. Universidad de Chile.

Paz Robledo Hoecker

Médico-Pediatra. Universidad de Chile.
Candidata a Magíster en Psicología del Adolescente, Facultad de Psicología UDD.
Presidenta del Comité de Adolescencia. Sociedad Chilena de Pediatría.
Médico Unidad de Adolescencia Clínica Alemana.
Médico Centro de Salud Integral del Adolescente: Rucahueche.
Docente Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Santiago de Chile.

GRUPO DE APOYO DE ASESORES MINISTERIALES

Patricia Narváez Espinoza

E.U. y Matrona. Universidad Austral.
Diplomada en Gestión de Calidad de la Atención. Universidad de Chile.
Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Dpto. Ciclo Vital DIPRECE.
Subsecretaría de Salud Pública.

María Angélica Caprile Araneda

Asistente Social. Universidad de Chile.
Diplomada en Gestión de Calidad de la Atención. Universidad de Chile.
Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Dpto. Ciclo Vital DIPRECE.
Subsecretaría de Salud Pública.

Pamela Burdiles Fraile

Matrona. Universidad de Concepción.
Magíster en Salud Pública. UBB.
Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Dpto. Ciclo Vital DIPRECE.
Subsecretaría de Salud Pública.

Ana Ayala González

Enfermera- Matrona. Universidad Católica de Chile.
Magíster en Salud Pública. Universidad de Chile. Candidato a Doctor en Reproducción Crecimiento y Desarrollo en el Instituto Karolinska en Suecia.
Dpto. Coordinación de Programas. Subsecretaría de Redes Asistenciales MINSAL.

Tamara Zubarew G.

Médico Pediatra, especialista en adolescencia. Universidad de Chile.
Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina. P. Universidad Católica de Chile.
Magíster en Salud Pública George Washington University, USA.

Diseño y Diagramación del documento

Cettina D'Angelo Quezada

Matrona. Universidad de Santiago de Chile. Centro de Salud Integral del Adolescente: Rucahueche. Docente Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Santiago de Chile

Índice

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1: Marco Conceptual	
1.1. Definición de Adolescencia y Juventud	9
1.2. Etapas de la Adolescencia	9
1.3. Principales consideraciones bioéticas en la atención de Salud	11
1.4. Teorías y modelos del comportamiento	14
1.4.1. Utilidad de las teorías, en la implementación y desarrollo de consejerías para adolescentes y jóvenes	16
1.4.2. Modelo de creencias de Salud	16
1.4.3. Etapas del Cambio (ECC) o Modelo Transteórico de Cambio (MTTC)	18
1.4.4. Teoría de fijación de metas	21
1.4.5. Teoría del empoderamiento, perspectiva basada en las fortalezas	21
1.4.6. Entrevista Motivacional (EM)	22
1.4.7. Modelo centrado en el cliente o consejería orientada al cliente	22
CAPÍTULO 2: Definición, Principios básicos y Elementos de Consejería en Adolescentes y Jóvenes	
2.1. Definición de Consejería	23
2.2. Principios básicos de la consejería para adolescentes y jóvenes	23
2.3. Elementos importantes de recordar	25
CAPÍTULO 3: Habilidades de Comunicación Interpersonal	
3.1. Habilidades de Comunicación, expresión y escucha eficaz	27
3.1.1. Contacto visual	27
3.1.2. Lenguaje no verbal o lenguaje corporal	28
3.1.3. Señales de aliento	29
3.1.4. Incentivos verbales	29
3.1.5. Escucha Reflexiva	29
3.1.6. Resumen	30
3.1.7. Seguimiento verbal	31
3.2. Formulación de Preguntas	31

3.3. Algunos ejemplos de preguntas	32
3.3.1. Preguntarse por la naturaleza de la tarea o situación	32
3.3.2. Preguntarse por las consecuencias de la propia conducta	32
3.3.3. Preguntas para generar consciencia de consecuencias	32
3.3.4. Preguntas orientadas a identificar discrepancias	32
3.3.5. Preguntas para provocar afirmaciones automotivadoras de reconocimiento de problema	32
3.3.6. Preguntas orientadas a que el adolescente piense y hable sobre el cambio	32
3.3.7. Preguntas orientadas a identificar los objetivos	33
3.3.8. Preguntas para evaluar la autoeficacia y el control estimado sobre los resultados	33
CAPÍTULO 4: Habilidades de Entrevista, Evaluación, Intervención	
4.1. Habilidades básicas de entrevista del o la adolescente o joven	35
4.2. Habilidades de evaluación	35
4.3. Habilidades de intervención	36
CAPÍTULO 5: Autoevaluación, códigos de Ética. Cualidades del consejero y consejera	
5.1. Conocimiento, conciencia personal y autoevaluación	37
5.2. Observar los códigos de ética profesional, en la atención de adolescentes y jóvenes, mujeres y hombres	37
5.3. Otras cualidades necesarias en los consejeros y consejeras	38
CAPÍTULO 6: Fases de la Consejería	
6.1. Iniciar una relación de confianza (vínculo)	39
6.2. Evaluación o exploración de la situación o problema	39
6.3. Orientar y guiar la toma de decisiones	40
6.4. Elaboración de plan de acción	40
6.5. Poner en práctica el plan de acción para el cambio de conducta y monitoreo del progreso	40
6.6. Monitoreo del progreso y evaluación	40
6.7. Cierre	41
BIBLIOGRAFÍA	43
ANEXO	45

LA CONSEJERÍA PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

Introducción

Desde que se formulara el Programa Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes, en el año 1995 por primera vez, se ha intentó avanzar en dar respuesta a las necesidades específicas de atención sanitaria de este grupo poblacional. Reconociendo estos importantes logros, se hace imprescindible avanzar con mayor celeridad en fortalecer aquellas líneas estratégicas que faltan por desarrollar. Uno de los aspectos en que se debe avanzar, es el ámbito regulatorio y de orientaciones que apoyen a los equipos técnicos en su quehacer habitual de atención a esta población.

Por esta razón, se inicia el proceso de elaboración de esta Guía General de Consejería en el año 2008, por un grupo que por su experticia, fueron invitados a participar por las autoridades ministeriales de la época. Este trabajo se completa en el 2011, con las autoras originales, así como con la colaboración del equipo actual del Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud.

La consejería es una herramienta primordial en la atención integral de las personas en la etapa de la adolescencia y juventud, que permite al profesional, ayudarlos a reflexionar sobre su conducta personal, así como a tomar decisiones que les permitan adoptar conductas saludables.

La adolescencia y la juventud, son períodos privilegiados, como ninguna otra etapa de la vida, para invertir en el desarrollo personal, para cimentar “quién ser”, “dónde quiero llegar”, “qué hacer” y con “quién hacerlo”. Representan dos etapas con enormes oportunidades para la construcción y consolidación de formas de vida saludable, cuyo beneficio puede proyectarse a lo largo de la vida. Estas etapas del ciclo vital, corresponden a tiempos de descubrimiento y desarrollo, en que las personas construyen y eligen un modelo de vida, aprenden a ejercer sus derechos y a asumir y compartir sus responsabilidades. Son etapas de la vida en que se requieren de atención, de información objetiva y de opciones que puedan facilitar un desarrollo armónico en el camino hacia la vida adulta. Son entonces también, etapas para favorecer la toma de decisiones, de manera libre e informada, sobre diversos aspectos relacionados con el proyecto vida, como su vida familiar, su entorno social, la relación con sus pares, la expresión de la sexualidad en sus distintas dimensiones, el autocuidado de la salud física y emocional, entre otras.

Por las razones anteriores, es necesario motivar a adolescentes y jóvenes, de ambos sexos, a reflexionar sobre las conductas de protección y de riesgo para su salud integral, a reflexionar sobre la forma en que estas conductas pueden tener consecuencias sobre su proyecto de vida y en la de su familia. Igualmente, es el momento de conversar sobre la importancia de tomar decisiones antes

de actuar y lo que ello conlleva: informarse, identificar y evaluar las diferentes opciones que se les presentan, frente a una determinada situación, escoger luego la que consideren mejor y actuar en coherencia.

Este documento elaborado para profesionales de la salud, tiene el propósito de entregar recomendaciones prácticas generales, con el fin de incrementar las capacidades de quienes realizarán acciones de consejería, incluyendo sus principios básicos, conceptos teóricos del comportamiento, así como orientación hacia el desarrollo de actitudes y capacidades esenciales, que deben incorporarse en el ejercicio de la práctica diaria con Adolescentes y Jóvenes.

Capítulo I

Marco Conceptual

1.1. Definición de Adolescencia y Juventud:

La adolescencia es la etapa de la vida en que se producen los procesos de maduración biológica, psíquica y social de un individuo, permitiéndole a las personas alcanzar la madurez o la etapa adulta, incorporándose en forma plena a la sociedad.

En esta etapa, se producen importantes cambios, que pueden determinar un conjunto de fortalezas para la vida y el desarrollo o de lo contrario, pueden aumentar las condiciones de vulnerabilidad social y riesgos para la salud. La edad de la adolescencia se ha ido extendiendo progresivamente, en la medida que la madurez biológica se alcanza más precozmente y la madurez social más tardíamente (1).

La adolescencia y juventud tienen diferentes representaciones sociales en las diversas culturas, por lo que no es posible definir las exclusivamente como un grupo de edad específico. A fin de contar con criterios operativos que faciliten la investigación, las agencias internacionales han consensuado las siguientes definiciones basadas en grupos de edades (2):

- Adolescentes: personas entre 10 y 19 años
- Jóvenes: personas de 15 a 24 años
- Gente Joven o Personas Jóvenes: personas de 10 a 24 años

1.2. Etapas de la Adolescencia:

Es posible clasificar la adolescencia en tres fases o sub-etapas de desarrollo psico-social, que modulan la forma de aproximación, de acogida y en general la relación profesional de salud - adolescente. Estas etapas son (2):

- Adolescencia temprana o inicial: entre los 10 y 13 años
- Adolescencia media: entre los 14 y 16 años
- Adolescencia tardía: entre los 17 y 19 años

Es importante considerar, que existen grandes variaciones individuales y culturales, por tanto, la adolescencia no es un proceso uniformemente progresivo. Si bien, la adolescencia se divide en fases

o subetapas, las edades que delimitan a cada una de estas fases, deben usarse a modo referencial, debido a que no son un grupo homogéneo y existe una amplia variabilidad biológica, emocional y cultural.

A continuación, se presenta un esquema con las etapas de desarrollo de la adolescencia, que resume las características del desarrollo biológico, intelectual, psico-social y sexual durante la adolescencia, dividida en las tres sub-etapas antes descritas (3)

Tabla N° I. Esquema de las etapas de desarrollo de la adolescencia.

Adolescencia Temprana (10 a 13 años)	Adolescencia Media (14 a 16 años)	Adolescencia Tardía (17 a 19 años)
Desarrollo físico e imagen corporal		
<ul style="list-style-type: none"> - Aumenta velocidad de crecimiento, disarmonía física y descoordinación motora. - En mujeres, aparecen caracteres sexuales secundarios, menarquía. - Preocupación por los cambios físicos puberales, inseguridad respecto de su apariencia física. - Pudor, buscan mayor privacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aceptación del cuerpo. - Restablece armonía corporal y coordinación motora. - Preocupación por ser físicamente más atractivo o atractiva. - En los hombres, espermarquia, aumento vello corporal, cambio voz, aumento masa muscular. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo puberal completo. - Aceptación de los cambios corporales y la imagen corporal.
Desarrollo intelectual		
<ul style="list-style-type: none"> - Inicio del cambio de pensamiento: desde el concreto del niño al hipotético deductivo. - Desarrollo moral pre convencional. - Poco desarrollo de las funciones del lóbulo frontal cerebral como: control de impulsos, planeación de la conducta y manejo de emociones. -Metas vocacionales idealizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pensamiento hipotético deductivo en evolución. - Omnipotencia, invulnerabilidad, egocentrismo. - Desarrollo moral convencional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pensamiento hipotético deductivo del adulto. - Desarrollo moral convencional y en ocasiones post convencional. - Se completa el desarrollo de funciones del lóbulo frontal cerebral: mayor habilidad de control de impulsos, planeación de las conductas y resolución de problemas. - Metas vocacionales realizables.
Desarrollo afectivo y emocional		
<ul style="list-style-type: none"> - Impulsividad, pérdida del control de la conducta, humor cambiante, labilidad emocional. - Puede haber deterioro del rendimiento escolar, inicio del interés en el desarrollo psicosexual, fantasías y exploración sexual. - Puede haber masturbación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento, reflexión. - Puede haber dudas respecto a la orientación sexual. - Hipersensibilidad, extravagancia, preocupación por la religión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Extroversión, altruismo. - Logro de la Independencia de los padres y vuelve la armonía familiar. - Capacidad de intimar. - Autoimagen realista. - Consolidación del proceso de logro de la identidad personal, social, sexual y vocacional. - Elaboración de propia escala de valores. - Habilidad de comprometerse con sus ideas y establecer sus propios límites.

Adolescencia Temprana (10 a 13 años)	Adolescencia Media (14 a 16 años)	Adolescencia Tardía (17 a 19 años)
Relación con sus pares y con sus padres		
<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones cada vez más intensas con los amigos del mismo sexo. - Menor interés en actividades familiares y con los padres. - Dificultades de relaciones interpersonales familiares, obstinación y rebeldía contra figuras de autoridad, ambivalencia afectiva hacia los padres. 	<ul style="list-style-type: none"> - Importancia del grupo de pares, amistades íntimas, pares heterosexuales. - Conformidad con los valores grupales. - Primeras relaciones de pareja. - Aumento de la exploración sexual. - Conflictos con los padres, distanciamiento afectivo de la familia. - Se inicia proceso de separación, individuación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuye la influencia del grupo de pares. - Mayor dedicación a las relaciones íntimas de pareja. - Reaceptación de consejos y valores parentales. - Relaciones de pareja estables.

Fuente: Neinstein, L.S. Adolescent Health Care. A Practical Guide. Fifth Edition. Baltimore. Williams & Wilkins. 2007.

1.3. Principales consideraciones bioéticas en la atención de Salud:

La atención en salud de adolescentes y jóvenes, mujeres y hombres, especialmente relacionada con temáticas sensibles, representa un especial desafío para las instituciones y equipos de salud, principalmente en el campo de la bioética. El deber de las instituciones y de los equipos de profesionales responsables del cuidado en la salud, es mantener un adecuado equilibrio entre los principios bioéticos, resultando indispensable conocer y analizar estos principios y su rol en la atención clínica. También, es importante considerar otros aspectos éticos, como la relación profesional usuario, la evaluación de la capacidad/competencia en la toma de decisiones, la confidencialidad en la atención, así como temas vinculados con la objeción de conciencia. En esta guía, se analizan los principios bioéticos y la evaluación de la capacidad/competencia en adolescentes, dejando para otra oportunidad el análisis de las otras temáticas.

La población de adolescentes, presenta características biopsicosociales propias, muy diferentes a la población infantil o adulta, lo que es de vital importancia cuando se considera, cómo debiera ser una adecuada atención en salud en este grupo de personas. Clásicamente se describen 4 principios bioéticos básicos: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia (4,5). En la atención en salud de adolescentes estos principios pueden entrar en conflicto, alcanzando una gran relevancia el derecho a la confidencialidad en la atención, así como la noción de capacidad/competencia en la toma de decisiones en este grupo etario (5).

En términos generales, el principio de beneficencia, se refiere a la obligación moral de actuar en beneficio de otras personas, previniendo y suprimiendo posibles daños. La no maleficencia, se refiere a evitar producir daño en forma intencionada, considerando además el respeto por la integridad del individuo tanto en lo biológico como en lo psicosocial. El principio de justicia, se relaciona con el reparto o distribución equitativa de las cargas y/o beneficios, que tienen que ver principalmente

con la distribución de los recursos sanitarios. La autonomía, consiste en la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en la toma de decisiones, sobretodo de aquellas que le atañen vitalmente. Este principio involucra dos condiciones esenciales: poseer la libertad necesaria para actuar independiente de influencias externas y tener la capacidad/competencia para actuar racional e intencionadamente (4,5).



En la atención de salud se debe evaluar cómo se relacionan y/o priorizan estos principios, es decir, cuando entran en contraposición, a cuál o cuáles de ellos le asignaremos mayor importancia. Para ello, se ha propuesto una jerarquización en dos niveles (6). Es así como la no maleficencia y la justicia serían los preponderantes, estarían dentro del nivel 1 y configurarían la ética de mínimos, es decir aquellos objetivos y cumplimiento obligados para todas las personas de una sociedad.

La autonomía y beneficencia constituirían el nivel 2, representando la ética de máximos, que considera la búsqueda individual de la felicidad con proyección de valores de vida subjetivos. La utilidad de esta diferenciación en niveles, radica en la solución de problemas cuando se presentan conflictos entre los diferentes principios, debiendo procurar respetar los principios del nivel 1 por sobre los del nivel 2 (6).

Otro aspecto a considerar, es que tradicionalmente las personas adultas tienden a no reconocer en la población adolescente su emergente sexualidad, así como el desarrollo de las capacidades para tomar sus propias decisiones. Esto se traduce en la mantención de sociedades paternalistas, que contribuyen a reflejar y perpetuar la renuencia en el reconocimiento de que adolescentes, mujeres y hombres son personas con derechos que pueden ejercer elecciones y tomar decisiones responsables en relación a su vida (7). En contraposición a este modelo, surge el modelo "autonomista" o moderno, donde se reconoce al principio de autonomía como fundamental en la relación profesional usuario (6).

En el manejo clínico con adolescentes, la corriente paternalista, en la que se pretende transmitir los propios valores y emitir consejos, no constituye una buena práctica, al contrario, tiende a tensionar y distanciar la relación clínica, con riesgo de que no vuelvan a consultar (5). En este punto, la beneficencia se encontraría limitada por el respeto a la autonomía de la persona, donde radica uno de los problemas en la atención de menores de edad, debiéndose preguntar si se le debe considerar como un individuo completamente autónomo o con ciertos límites. Existe consenso, en que el respeto a la autonomía, implica la necesaria consideración de la capacidad, la voluntariedad y la calidad de la información que posee la persona que decide (8). Respecto a la toma de decisiones, para que una

decisión sea realmente autónoma, debe ser realizada en forma voluntaria y libre, sin coacción de ningún tipo, con una adecuada comprensión de la información, relacionada con la situación y con la existencia de la capacidad y/o competencia adecuada para decidir, siendo en la práctica uno de los puntos más difíciles de evaluar (9).

La respuesta en relación a qué se entiende por capacidad/competencia, es compleja, debido a que este concepto es posible entenderlo de varias maneras. Algunos los consideran como sinónimos y los definen como la aptitud que posee un individuo, de entender lo suficiente una situación determinada para tomar una decisión autónoma (9, 10). Otros confunden capacidad con competencia, definiendo esta última como la facultad de poseer las habilidades técnicas necesarias para ejercer una disciplina determinada. Otros la consideran como la aptitud necesaria para comprender la situación a la que se enfrentan, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles para cada una de estas acciones, para poder tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con la propia escala de valores de un individuo (10). Ser considerado "capaz" implicaría la capacidad de realizar una elección entre varias opciones, entendiendo los riesgos, beneficios y alternativas cuando se consideran diversas posibilidades, razonando racional y lógicamente para poder decidir libremente, sin presiones ni coacción (10). Para otros, la capacidad es un requisito fundamental para ejercer la autonomía, con grados de exigencia que variarán según la importancia de la decisión a tomar (8).

La noción de capacidad en salud tiene algunas consideraciones interesantes. Bajo este contexto, se la entendería como la aptitud para desempeñar una tarea específica, que en el caso de usuarios de salud, se refiere a tomar decisiones respecto al diagnóstico, tratamiento, pronóstico y cuidado de su enfermedad. Los estándares a exigir deben considerar la gravedad o trascendencia de la decisión a tomar, lo que adquiere gran relevancia en la atención a menores de edad, adolescentes, ancianos y personas que tengan algún problema en su salud mental (9). Sin embargo, en la práctica se confunde la capacidad en la toma de decisiones en el ámbito legal y en salud. Desde un punto de vista legal, uno de los parámetros para otorgar capacidad es la edad, siendo un ejemplo la nueva ley de imputabilidad en adolescentes. Por otra parte, el nivel de capacidad requerido para otorgar el consentimiento acerca de una acción particular, va a depender de la naturaleza y complejidad de ésta (11). En el clásico "Juicio de Gillick" (Londres, 1985), se logró establecer judicialmente, que un profesional podía proveer de anticoncepción a todo menor de 16 años que lo solicitara, sin el conocimiento o previo consentimiento de los padres o madres. En este caso, la Corte estableció las bases en las que habían circunstancias donde un menor de edad podía consentir para su propio tratamiento médico, debiendo poseer la suficiente inteligencia y conocimiento para entender completamente un problema determinado, incluyendo la comprensión de la naturaleza y efectos de los procedimientos o cursos de acción a seguir (11).

No se puede dejar de mencionar, que en el desarrollo de la autonomía y capacidad en los menores de edad, influirían además de la edad o etapa del desarrollo en que se encuentran, aspectos tales como las propias experiencias biográficas (12). Adolescentes, que han sido víctimas de deterioro social, familiar, enfermedades crónicas, etc., puedan ser más maduros frente a una determinada situación que implique la toma de decisiones, comparados con sus pares de una misma edad cronológica.

En relación a la evaluación de la capacidad considerando el aspecto mental, se describen cuatro pilares básicos: que la persona conozca y entienda adecuadamente la información pertinente, que pueda retener o almacenar apropiadamente esta información, que la elección sea efectuada basada en el razonamiento y procesamiento de la información y que esta decisión haya sido tomada en forma voluntaria y autónoma (12).

Se plantea otro aspecto a considerar, que se refiere a la evaluación de las competencias del profesional que evalúa la capacidad de la persona en relación a obtener un consentimiento (12). En esta materia, debe estar lo suficientemente entrenado para conocer y entregar de manera adecuada toda la información relevante, resolver adecuadamente las dudas, asesorar sin presionar ni coaccionar la toma de decisiones, respetando esta decisión aún cuando se contraponga sus propios valores y/o creencias.

De lo anteriormente expuesto, se puede concluir que los conflictos bioéticos en la atención de salud de adolescentes existen. Los conflictos aparecen cuando los principios fundamentales se contraponen. El manejo y solución de los problemas debe ser realizado de manera prudente por el equipo de salud, tomando en consideración cada situación en particular (5).



Uno de los principales desafíos, es el respeto por el derecho a la autonomía de cada adolescente y joven, y cómo en la práctica se evalúa su capacidad/competencia; objetivando que las decisiones y acciones que se tomen sean realizadas libremente; respetando el derecho de cada adolescente, a una atención digna. De aquí surge la importancia de la bioética, contribuyendo con nuevas perspectivas o soluciones frente a situaciones que necesitan ser resueltos, manteniendo el principio fundamental de no maleficencia. Cuando aparece el conflicto, se ven involucrados usuarios, profesionales y los aspectos familiares, sociales, judiciales así como las propias emociones y juicios de valor de las partes involucradas (13).

Es por esto, que surge la necesidad imperiosa del trabajo en equipos interdisciplinarios, y una adecuada capacitación y actualización en esta disciplina, para poder contribuir a un mejor análisis y solución de aquellos conflictos bioéticos que se presentan en la atención de salud.

1.4. Teorías y modelos del comportamiento:

Hoy en día, se reconoce que no es suficiente informar a adolescentes y jóvenes respecto de temas de salud, para lograr que adopten y mantengan patrones de conducta y estilos de vida más saludables. Para ello, se requiere de una nueva forma de aproximación de las intervenciones, que responda a las necesidades e intereses de los adolescentes y jóvenes, conforme a su situación de vida, etapa de

desarrollo, género y cultura, basadas en marcos teóricos que propician estos cambios de conducta, más que en la tradición, intuición o principios generales (14).

En este contexto, es fundamental la comprensión de los comportamientos y de las teorías que explican y proponen maneras de cambiarlos. Por ello, es importante, que los equipos de salud, puedan identificar teorías que apoyen el diseño de su intervención, seleccionando aquellas que favorecen cambios conductuales, considerando los diferentes entornos ecológicos en que se desenvuelve la vida de las personas. Desde una perspectiva ecológica, se reconoce que los comportamientos son influenciados en múltiples niveles, por factores individuales, interpersonales, institucionales u organizativos, comunitarios y de políticas públicas (15).

A continuación se describen brevemente los diferentes niveles que influyen en la conducta:

Individuales: Son aquellas características individuales que influyen en el comportamiento, como los conocimientos, las actitudes y las creencias.

Ejemplo: las adolescentes podrían no ejercer gestión de riesgo para la prevención de embarazo, por creencias falsas respecto a que “sus primeros ciclos son anovulatorios”, por tanto, al creer que no existe la posibilidad de embarazo, no usaran métodos anticonceptivos (15, 16).

Interpersonales: Son los grupos primarios como la familia, el grupo de pares u otras personas significativas; que proporcionan identidad social, apoyo y contribuyen a la definición de roles.

Ejemplo: adolescentes podrían no consumir drogas, por influencia de su grupo de pares que prefieren practicar deporte, valoran los estilos de vida saludables y han aprendido mecanismos para enfrentar las presiones diarias (15,16).

Institucionales: Son las normas, reglamentos, políticas en estructuras formales, que pueden limitar o fomentar los comportamientos recomendados.

Ejemplo: la prohibición de fumar en los establecimientos educacionales, universidades puede influenciar a adolescentes y jóvenes a abstenerse, posponer o cesar el consumo de tabaco (15,16).

Comunitarios: Son las redes y normas sociales que existen como algo formal o informal entre individuos, grupos y organizaciones.

Ejemplo: los medios de comunicación podrían influir en aumentar la presión de los padres o madres de adolescentes y jóvenes, a exigir el uso de un conductor designado durante las fiestas, lo que reduciría los accidentes de tránsito relacionado con el alcohol (15,16).

Políticas Públicas: Son políticas locales, estatales y leyes que reglamentan o respaldan acciones saludables y prácticas para la prevención, detección temprana, control y tratamiento de enfermedades. Ejemplo: la ley de no permitir publicidad de tabaco en la televisión y radio o los impuestos a los

cigarrillos, influyen en el inicio y mantención del hábito de fumar en las personas adolescentes y jóvenes (15, 16).

Desde esta perspectiva, son claras las ventajas de realizar intervenciones de promoción y prevención en los múltiples niveles, combinando componentes del ambiente y de la conducta y también, conocer las teorías que explican las conductas o patrones de conducta y proponen formas de lograr el cambio conductual.

1.4.1. Utilidad de las teorías, en la implementación y desarrollo de la consejería para adolescentes y jóvenes:

- Ayudan a comprender los comportamientos de salud que se quieren lograr. Explican la dinámica del comportamiento, los procesos para cambiarlo y los efectos de las influencias externas en él.
- Ayudan a identificar las metas más adecuadas para los programas, las estrategias para lograr el cambio y para la evaluación de la efectividad de los programas.

Es importante explicitar, que la utilización de teorías no necesariamente garantiza el éxito de una intervención, debido a lo dinámico de este proceso. Sin embargo, son una herramienta valiosa para la identificación y entendimiento, de los elementos que afectan las conductas relacionadas con la salud de las personas adolescentes y jóvenes, y proporcionan toda una estructura o base sobre la cual apoyar la planificación, ejecución y evaluación de una intervención.

Las personas son las unidades básicas de los grupos, familias, escuelas, comunidades, etc. En este sentido, la conducta individual moldea las dimensiones de la conducta colectiva con respecto a la salud y viceversa (14). A continuación se presentan algunas de las teorías, más utilizadas en la consejería con adolescentes y jóvenes de ambos sexos, que explican el comportamiento y señalan maneras de lograr el cambio del mismo, a nivel individual.

1.4.2. Modelo de creencias de Salud:

De acuerdo con el Modelo de Creencias en Salud (17-19), las personas podrían tomar medidas para prevenir, detectar o controlar enfermedades si:

- Se consideran susceptibles a una enfermedad (susceptibilidad percibida).
- Creen que la enfermedad puede tener consecuencias potencialmente graves (gravedad percibida).
- Creen que el cambio de conducta podría ser beneficiosa para reducir la susceptibilidad o la gravedad de la enfermedad (beneficios percibidos).
- Creen que la acción a tomar producirá un beneficio que tendrá un costo personal aceptable (obstáculos percibidos).

Este modelo sugiere que para que el cambio conductual tenga éxito, las personas deben sentirse amenazadas por sus conductas y creer que el cambio será beneficioso, porque tendrá un resultado importante a un costo aceptable. También, deben creer que tienen la capacidad de superar los obstáculos cuando implementen planes o medidas de cambio (autoeficacia) (14).

Tabla N°II. Conceptos, definiciones y aplicaciones de este modelo.

CONCEPTO	DEFINICION	APLICACION
Susceptibilidad percibida	Posibilidades de contraer una enfermedad.	Definir población (es) en riesgo, niveles de riesgo. Personalizar el riesgo sobre la base de las características o comportamiento de la persona. Destacar la susceptibilidad percibida, si es demasiado baja.
Gravedad percibida	Cuán grave es una enfermedad y sus secuelas.	Consecuencias específicas del riesgo de la enfermedad.
Beneficios percibidos	Eficacia de la acción que se recomienda para reducir el riesgo o la gravedad del efecto.	Definir las medidas que se han de tomar: cómo, dónde, cuándo; aclarar los efectos positivos que se esperan.
Barreras percibidas	Costos tangibles y psicológicos de la acción recomendada.	Identificar y reducir barreras por medio de incentivos, ayuda.
Señales para la acción	Estrategias para activar la "disposición".	Proporcionar información sobre cómo realizar la acción, promover toma de conciencia, recordatorios.
Auto-eficacia	Capacidad de uno mismo de tomar medidas.	Proporcionar apoyo y guía al realizar la acción. Refuerzo positivo.

Fuente: .- OPS/Fundación W.K. Kellogg. Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes. Washington, D.C. Abril 2000.

Este modelo, es muy útil en jóvenes y adultos, pero debe usarse con precaución en adolescentes, debido a que asume que la persona debe sentirse amenazada por la conducta que presenta. Por tanto, esta teoría puede ser útil en ciertos patrones de conducta que implique una preocupación importante para adolescentes, como es el caso de la imagen corporal y el consumo de grasas, o cuando la persona se sienta amenazada por cierta conducta de riesgo (20).

Las limitaciones de este modelo en las personas adolescentes, se deben a la percepción de invulnerabilidad, la búsqueda de sensaciones y baja percepción de riesgo (21). Por ello, algunas investigaciones, recomiendan para la aplicación práctica de este modelo, comprender el desarrollo

de la adolescencia, por ejemplo, la prevención del tabaquismo, debiera centrarse más en la preocupación o responsabilidad de causar daño a otros, más que, en que se sientan amenazados con el comportamiento fumador, ya que durante la adolescencia, la lucha contra las injusticias y la posibilidad de contribuir a ellas, podrían ser motivaciones eficaces para el cambio (14).

1.4.3. Etapas del Cambio (ECC) o Modelo Transteórico de Cambio (MTTC):

En 1982 dos autores, Prochaska y DiClemente describieron una serie de etapas por las que cruza una persona en el proceso de cambio de conducta. Las personas que consiguen una mejora en sus estilos de vida pasan a través de una serie de estadios en la rueda del cambio (22, 23, 24). Cada estadio registra una actitud mental diferente y necesita una actuación profesional diferente. Según este modelo, el cambio conductual es un proceso y no un suceso, que abarca cinco etapas diferentes: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento, las que se presentan en la tabla N° III y figura N°1.

Figura N° 1. Estadios de la rueda del cambio (24).

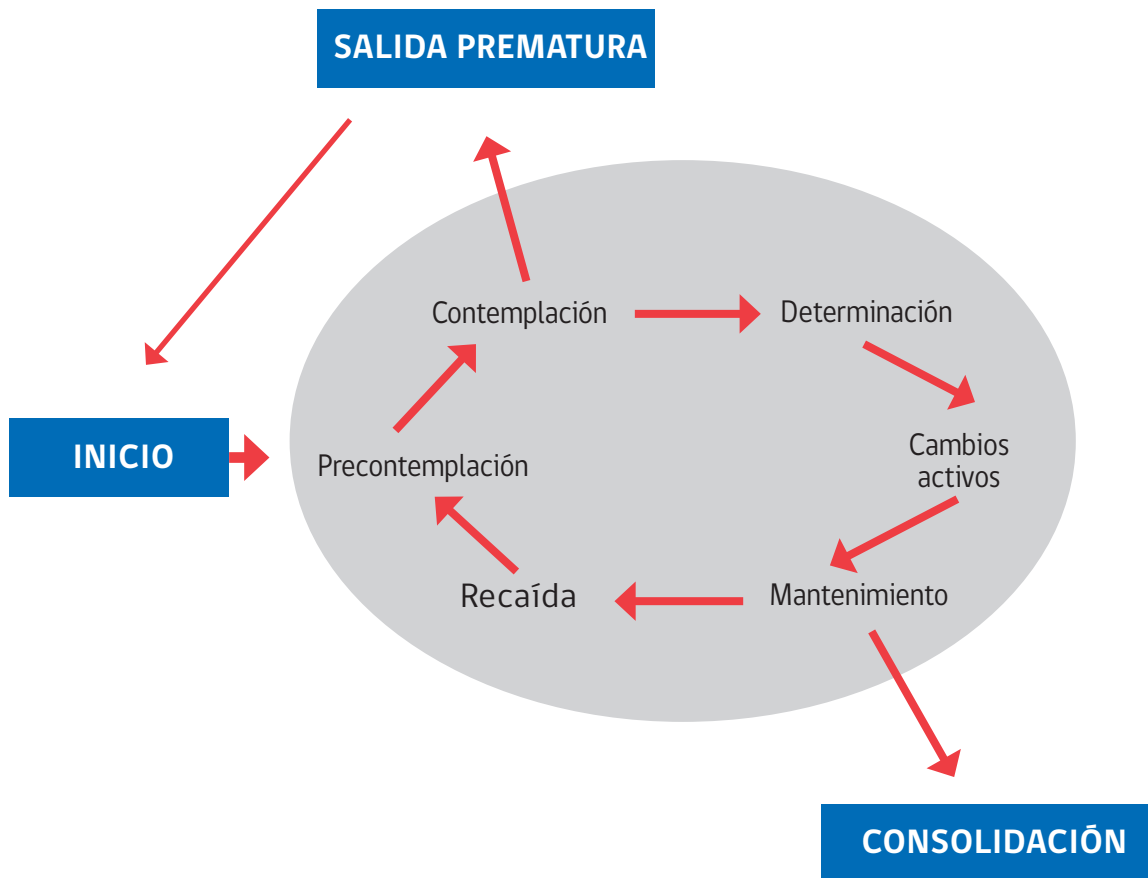


Tabla N° III. Modelo de etapas del cambio.

NOMBRE ETAPA	DEFINICIÓN	ACCIONES A REALIZAR POR PROFESIONAL
Precontemplación	<p>No se es consciente del problema, no se ha pensado en cambiar la conducta dentro de los próximos 6 meses.</p> <p>Adolescentes y jóvenes, pueden estar desinformados o mal informados o bien pueden sentirse incapaces para el cambio o no quieren planteárselo por razones diversas.</p> <p>Por ejemplo, podrían tener miedo a adoptar un nuevo comportamiento, porque al cambiar una actividad rutinaria o hábito, se expondrían a una nueva realidad, en la que no se sienten con competencias y/o quieren evitar un nuevo fracaso.</p> <p>También podría deberse a que el cambio puede significar la pérdida de un placer que esperan con interés y disfrutan. Esto podría obstaculizar que reconozcan que tienen un problema o que lo niegue inconscientemente.</p> <p>En general, podrían comportarse de forma defensiva respecto a su conducta y ser muy resistentes a las presiones externas al cambio.</p>	<p>Aumentar la consciencia de la necesidad de cambiar, que implica reconocer las causas que se relacionan con un comportamiento problemático, las emociones involucradas, las consecuencias y su tratamiento.</p> <p>Favorecer la participación en actividades grupales donde compartan con otros, que han usado mecanismos saludables para enfrentar los problemas (historias personales).</p> <p>Apoyar que reevalúen el entorno, de manera que identifiquen como la presencia o ausencia de un hábito, afecta el entorno social de las personas. Esta evaluación requiere de ciertas aptitudes de empatía cognitiva y reflexiva, por tanto considerar la etapa de la adolescencia.</p> <p>Explorar las razones emocionales, que le impiden avanzar a la próxima etapa de cambio.</p>
Contemplación	<p>Se está pensando en cambiar la conducta en un futuro cercano, dentro de los próximos 6 meses.</p> <p>Están mucho más abiertos a la información sobre los riesgos y consecuencias de sus conductas que los precontempladores. Sin embargo, pueden permanecer en esta etapa durante años, debido a que conocen las ventajas de cambiar, pero también han identificado las desventajas de cambiar, generando una ambivalencia, que les mantiene atascados, provocándoles, sentimientos de inseguridad, ansiedad o temor, que les impide dar los primeros pasos.</p> <p>También pueden sentir que su autoeficacia no alcanza para preparar un plan de acción.</p>	<p>Favorecer la auto evaluación, que combinando aspectos emocionales y cognitivos relacionados con la presencia o ausencia de un hábito no saludable.</p> <p>Búsqueda de motivación que sea motor del cambio.</p> <p>Dar información personalizada sobre riesgos y beneficios.</p> <p>Fomentar la autoeficacia y dar apoyo social.</p> <p>Para ello, es importante entregar herramientas para enfrentar las desventajas emocionales del cambio, orientar, alentar y apoyar a preparar un plan de acción específico, con metas temporales, realistas y personales.</p>
Decisión/ Determinación o preparación	<p>Se trazan planes para cambiar.</p> <p>Están dispuestos a intentar un cambio, y en consecuencia están planeándolo seriamente para un futuro inmediato dentro del mes siguiente.</p> <p>Generalmente en esta etapa han realizado ya algún esfuerzo en la dirección del cambio (ej. fumar menos, comprar condones).</p>	<p>Ayudar en la preparación de planes de acción concretos, fijando metas graduales.</p> <p>Percepción de las habilidades y enfrentamiento de los obstáculos.</p> <p>Brindar modelos de comportamiento saludables a seguir.</p>

NOMBRE ETAPA	DEFINICIÓN	ACCIONES A REALIZAR POR PROFESIONAL
Acción	<p>Implementación de planes de acción específicos. Corresponde abiertamente a la modificación de la conducta problema, al momento del cambio.</p> <p>Las personas deben realizar el cambio de conducta y mantenerla por un mínimo de tiempo, en la mayoría de las áreas problema, este tiempo se considera de 6 meses.</p> <p>Los intentos previos por disminuir la frecuencia de la conducta que se quiere modificar se consideran un intento de acción, ya que disminuyen el riesgo pero no modifican la conducta por completo. Ej. usar condón en algunos encuentros sexuales</p>	Ayudar con retroinformación, enseñar herramientas para solución de problemas, planes de contingencia, apoyo social, dar refuerzo positivo, generar confianza y aumentar la autoeficacia.
Mantenición	<p>Continuación de acciones deseables, o repetición de pasos periódicos recomendados. Es el período que comienza después de los 6 meses de mantención del cambio de conducta.</p> <p>Este tiempo debe ser un proceso continuo de prevención de recaídas.</p> <p>La recaída es considerada normal en la mayoría de los intentos de cambio conductual, aunque es menos probable que ocurra en la etapa de mantención que en la etapa de acción. Después de una recaída las personas pueden volver a cualquiera de las etapas anteriores, no necesariamente a la de precontemplación, el proceso no es necesariamente lineal.</p>	Ayudar a hacer frente al problema, recordatorios, encontrar alternativas, establecer causas de fallas/recaídas (según corresponda), animar a seguir, fomentar autoeficacia.

Fuente: OPS/Fundación W.K. Kellogg. Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes. Washington, D.C. Abril 2000.

El Modelo de Etapas del Cambio, propone que la adopción de conductas saludables es un proceso, en el que el individuo progresa a través de varias etapas hasta que la nueva conducta forma parte de la rutina diaria. Cada etapa, involucra movimientos crecientes hacia la próxima etapa, a diferente velocidad y a menudo las personas pueden retroceder y avanzar de nuevo, varias veces antes de lograr el objetivo, que es la etapa de mantención. Por tanto, las recaídas son parte normal del proceso de cambio (14).

Las intervenciones se deben realizar de acuerdo a la etapa en que se encuentra el individuo, de esta manera se podrá mejorar la efectividad de los esfuerzos, en la reducción de las conductas de riesgo que se quiere modificar.

1.4.4. Teoría de fijación de metas:

Albert Bandura en los años 1977 y 1997, planteó que los cambios del comportamiento humano, dependen del aprendizaje de nuevos comportamientos y esto es posible mediante la fijación de metas. Las metas establecen lo que la persona, adolescente o joven quiere cambiar y en lo que espera que suceda. Se centra en la capacidad de "autoeficacia" (19, 25, 26).

Tabla N° IV. Teoría de fijación de metas.

ROL DEL CONSEJERO O CONSEJERA	TÉCNICAS DE ORIENTACIÓN
<p>El consejero o consejera asume un rol de facilitador activo en las sesiones.</p> <p>Ayuda a que el adolescente o joven pueda aclarar sus metas, formulando planes concretos, posibles de cumplir en un tiempo determinado y le ayuda a implementar el cambio.</p>	<p>Escucha activa, empática. Solicita clarificación de valores, deseos, necesidades y metas.</p> <p>Establece junto con adolescentes y jóvenes acuerdos o contratos de intervención, específicos y concretos, que sirven para aumentar el compromiso con el cambio y establece responsabilidades y tareas.</p> <p>Guía el desarrollo de tareas y acciones para el cambio. Provee refuerzo positivo, negativo.</p>

Fuente: OPS/OMS. Modelo de consejería orientada a los jóvenes en prevención del VIH y para promoción de la salud sexual y reproductiva. Una guía para proveedores de primera línea. 2005

1.4.5. Teoría del empoderamiento, perspectiva basada en las fortalezas:

Fue propuesta por Dennis Saleebey en los años 1996 y 1997. Se fundamenta en que adolescentes y jóvenes se definen como únicos, con rasgos, talentos, recursos, estrategias personales y resistencias para hacer frente a las dificultades. Se centra en las capacidades o "puntos fuertes", que pueden usarse o fortalecerse para generar el cambio hacia conductas más saludables. Enfatiza la elección, control, compromiso y desarrollo personal (27,28).

Tabla N°V. Perspectiva basada en las fortalezas.

ROL DEL CONSEJERO O CONSEJERA	TÉCNICAS DE ORIENTACIÓN
<p>El consejero o consejera, modela, enseña y evalúa los puntos fuertes, para descubrir las particularidades de cada adolescente y jóvenes.</p> <p>Se interesa en descubrir el punto de vista la persona, el significado y la oportunidad que la situación brinda.</p>	<p>En una relación de respeto, con franqueza, indaga, las situaciones, emociones, hechos.</p> <p>Aceptación de la singularidad. Énfasis en las relaciones.</p>

Fuente: OPS/OMS. Modelo de consejería orientada a los jóvenes en prevención del VIH y para promoción de la salud sexual y reproductiva. Una guía para proveedores de primera línea. 2005.

1.4.6. Entrevista Motivacional (EM):

La entrevista motivacional (EM) fue propuesta por Miller y colaboradores, en los años 1999 y 2002. Es una intervención útil para motivar a adolescentes y jóvenes. Es un tipo de entrevista clínica centrada en la persona que, principalmente, le ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o hábito para promover cambios hacia estilos de vida más saludables. Facilita que adolescentes y jóvenes, hombres y mujeres se posicionen hacia el deseo de cambio, tratando de ayudarlo a reconocer y ocuparse de sus problemas presentes y futuros y potenciando su percepción de eficacia (29).

Tabla N°VI. Entrevista motivacional.

PRINCIPIOS, EN QUE EL CONSEJERO O CONSEJERA DEFINE SU ACTUACIÓN
<p>Expresar empatía. Aceptar en forma incondicional, sin rechazos ni estigmatizaciones. Escuchar en forma reflexiva, asegurando, que su ambivalencia (ej. en torno a usar condón o seguir no usando) es normal en el proceso de cambio.</p> <p>Desarrollar las discrepancias. Propiciar que se dé cuenta de sus contradicciones, mostrándole la discrepancia entre la conducta actual (ej. no usar protección en las prácticas sexuales coitales/penetrativas) y las metas importantes (ej. entrar a la universidad).</p> <p>Evitar las discusiones-argumentaciones. Son contraproducentes; si se producen, es preferible cambiar de estrategia. EJ. "parece que en esto no estamos de acuerdo, busquemos otra forma de verlo. ¿Cómo ves tú este problema...?).</p> <p>No etiquetar. Es innecesario y a veces contraproducente emitir o sacar conclusiones apresuradas. Se debe intentar lograr un "compromiso colaborativo" inicial, para explorar los problemas o conductas de riesgo y pasar así a las etapas de evaluación y negociar un plan de intervención.</p> <p>"Rodar con la resistencia". Las percepciones pueden cambiar, para lo cual más que imponer estrictamente una visión, se le debe apoyar o invitar a mirar sus conductas de riesgo desde una perspectiva que hasta el momento no había considerado.</p> <p>Apoyar la autoeficacia. Creer en la posibilidad de cambio es un elemento motivador, siendo importante ser responsable de realizar e implementar un plan para lograr el cambio. Se insta a que realice cambios pequeños, para que pueda realizar y experimentar el logro.</p>

Fuente: OPS/OMS. Modelo de consejería orientada a los jóvenes en prevención del VIH y para promoción de la salud sexual y reproductiva. Una guía para proveedores de primera línea. 2005.

1.4.7. Modelo centrado en el cliente o consejería orientada al cliente:

Este modelo fue desarrollado por Carl Rogers, en el año 1961, enfatiza que las personas son básicamente buenas, positivas, que quieren progresar y son dignas de confianza. Se auto dirigen y se orientan al crecimiento, si se les dan las condiciones adecuadas (30,31).

Tabla N° VII. Consejería orientada al cliente

ROL DEL CONSEJERO O CONSEJERA	TÉCNICAS DE ORIENTACIÓN
Mirada integral, rol de facilitador de procesos, se centra en la singularidad de las personas.	Aceptación. Uso de la aclaración, reflejo de sentimientos, situaciones o hechos, resumen, parafraseo, uso de empatía, mirada positiva, congruencia, escucha activa/pasiva. Uso de preguntas abiertas. Lenguaje verbal y no verbal.

Fuente: OPS/OMS. Modelo de consejería orientada a los jóvenes en prevención del VIH y para promoción de la salud sexual y reproductiva. Una guía para proveedores de primera línea. 2005

Capítulo 2

Definición, Principios básicos y Elementos de Consejería en Adolescentes y Jóvenes

2.1. Definición de Consejería:

La consejería se define como el proceso en el que un profesional capacitado, escucha, informa y orienta a adolescentes o jóvenes, mujeres y hombres, a tomar decisiones personales relacionadas con la temática consultada, brindando información amplia y veraz, considerando sus necesidades y problemática particular. También, puede ser un espacio, para orientar a la madre, padre o adulto responsable que les acompaña, para ayudarlos en su rol de modelar y apoyar la implementación y mantención de conductas saludables en sus hijos o hijas (32).

Ayuda bastante a clarificar el concepto de consejería el destacar lo que ésta no es:

- No es el suministro de información, aunque durante el proceso de ayuda ésta pueda proporcionarse.
- No es dar consejos, sugerencias o recomendaciones.
- No es influir, abierta o sutilmente, sobre las creencias o conductas por medio de la persuasión, creencias o convicción, por más indirectas o inocuas que puedan ser.
- No es influir sobre la conducta mediante advertencias, amenazas, disciplina u otros modos de obligar.
- No consiste solamente en realizar entrevistas, sino en la actitud con la que éstas se llevan a cabo.

Resulta necesario, diferenciarla claramente de la psicoterapia ya que no está dirigida a la resolución de problemas en la esfera de la salud mental. Puede ser realizada por profesionales de la salud que posean el entrenamiento adecuado en conocimientos y habilidades de consejería y en la atención de adolescentes y jóvenes, de ambos sexos (33).

2.2. Principios básicos de la consejería para adolescentes y jóvenes:

- La consejería debe estar centrada en las necesidades y requerimientos de adolescentes y jóvenes, de acuerdo a la identidad sexual, etapa de desarrollo, conocimientos, intereses, cultura, etnia, valores, etc. El consejero o consejera debe conocer al adolescente o joven, en forma personal e individualizada para desarrollar confianza, afinidad y vínculo (26).

- Consecuente con el principio de no discriminación, en la consejería se entrega asesoría, respetando y aceptando lo que cada persona es, no lo que hace. A través del lenguaje y la comunicación no verbal, se expresa consideración positiva hacia la persona. No se juzga la conducta, aún cuando no esté de acuerdo con lo que dicen o hacen (26).
- La consejería orienta y no da direcciones, es decir el rol del consejero o consejera no es directivo, debe comprender y apreciar que el cambio de conducta se facilita cuando la persona participa en la solución de sus problemas, toma sus propias decisiones y define sus opciones (26).
- Las personas, avanzan hacia la madurez resolviendo dificultades mediante la exploración y comprensión de sí mismos y actuando en base a sus propias decisiones (33).
- La escucha activa es la base de la consejería. Escuchar activamente no es un proceso fácil, más que una facultad, física o intelectual, es un proceso psicológico que involucra a toda la persona: interés, atención, motivación etc. Escuchar es una destreza que debe ser aprendida y enseñada, repetida y evaluada (33).

El consejero o la consejera, debe:

- Identificar y utilizar las fortalezas, recursos, habilidades y estrategias de manejo que posee la persona, para enfrentar desafíos y resolver situaciones problemáticas. Asimismo, debe explorar y reconocer las fortalezas internas, externas y la resiliencia (26).
- Explorar las metas, necesidades, barreras para el cambio, entre otros y analizar cómo ha resuelto sus problemas en el pasado. Esta información la utiliza para construir un plan de acción en conjunto (26).
- Identificar y centrarse en las razones subjetivas de la persona, para hacer lo que hace. Descubrir el significado que le asigna a cada situación (26).
- Explorar el significado que hay detrás de una conducta determinada, formulando preguntas abiertas que permitan identificar y comprender los hechos, situaciones y sentimientos (26).
- Prestar atención a la historia particular de cada persona. Si bien los problemas y las oportunidades de cambio pueden ser similares de un adolescente a otro, debe considerar las características, género y los valores individuales de quien ha solicitado la consejería (26).
- Apoyar para que se fijen metas específicas y realistas, para el género y la edad. Trabajar metas alcanzables, que tengan una duración limitada y utilizar intervenciones breves que motiven al cambio (26).
- Valorar a cada adolescente y joven desde la perspectiva del desarrollo, considerando la adolescencia y juventud como etapas normales del desarrollo, con sus problemas, oportunidades y posibilidades específicas (26).

Quienes hacen consejería deben apoyar a adolescentes y jóvenes para que se fijen metas específicas y realistas, orientar hacia metas alcanzables, a corto, mediano y largo plazo y utilizar intervenciones breves que motiven el cambio.



2.3. Elementos importantes de recordar:

- La etapa de adolescencia y juventud, es un período de transición de la niñez a la adultez; del control externo al control interno (maduración y desarrollo). La tarea de la consejería es facilitar ese proceso (33).
- La relación profesional y usuario, es muy importante y la actuación del profesional se debe basar en el respeto al otro como persona: respeta al individuo y su integridad (33).
- Quien realiza la consejería, debe orientar a la persona a encontrar soluciones desde sí misma. Del mismo modo, debe ayudarlo a comprender que puede ejercer suficiente control sobre su destino, tomar sus propias decisiones, actuar en base a ellas, así como evaluar las consecuencias de sus acciones o conductas (33).
- Ayudar a explorar los sentimientos que hay tras la conducta, aclarándole que los sentimientos son involuntarios, no se eligen, no se es responsable de ellos, no se debe sentir culpa por ellos, debe permitirse sentir lo que siente (33).
- Ayudar a diferenciar los sentimientos de la conducta. La conducta sí es voluntaria, se elige, se es responsable de ella, otros y la misma persona pueden juzgarla (33).
- Apoyar a la persona, a que decida realizar pequeños cambios en su conducta, ya que por ser esta voluntaria está bajo su control. Los cambios de conducta producto de sus propias decisiones lo gratificarán y deben ser reforzados (33).
- Aceptar a la persona aunque su conducta se considere inapropiada. Si hace algo que se considera incorrecto, explicitarle que eso no lo convierte en una mala persona (33).
- Lograr que la persona, se sienta en libertad de hablar sin inhibiciones acerca de sí mismo, facilitando un ambiente acogedor, sin interrupciones y en donde el vínculo resulta primordial (33).

- Reforzar los cambios de conducta, de manera que el adolescente o joven aprenda a reconocerlos, potenciando de esta manera el refuerzo interno, que es más duradero que el externo. Estos refuerzos internos lo motivarán a ayudarse a sí mismo y lo alentarán a intentar mayores cambios (33).
- El control de la propia conducta, la comprensión de sí mismo y la capacidad para planificar a largo plazo son característicos de la madurez, cuya búsqueda es el principal objetivo de la consejería con adolescentes y jóvenes (33).

Se le debe ayudar a explorar los sentimientos que hay tras su conducta, aclarándole que los sentimientos son involuntarios, no se eligen, no se es responsable de ellos, no se debe sentir culpa por ellos, debe permitirse sentir lo que se siente.



Capítulo 3

Habilidades de Comunicación Interpersonal

3.1. Habilidades de Comunicación, expresión y escucha eficaz:

Las habilidades de expresión, son las que permiten entregar con claridad y sencillez la información y las directrices a seguir. Los profesionales de la salud, poseen ya estas habilidades básicas y sólo se hace énfasis en la importancia de utilizar un lenguaje simple y comprensible.

Las habilidades de escucha eficaz, son necesarias para la consejería y por lo general requieren de entrenamiento y práctica. La escucha eficaz no es pasiva, existen diversas formas de ayudar a las personas a que hablen, con el fin de explorar no sólo los hechos, sino también, los sentimientos y las circunstancias relacionadas con ellos. Escuchar en forma activa, muestra al consultante que se está interesado en lo que este dice, que se lo respeta, se le presta atención y se es capaz de comprenderle. La escucha activa no es intrusiva, no le quita a la persona que consulta, el control de los problemas y no le cambia el tema que está planteando (24, 26, 33).

Para escuchar en forma activa resulta necesario:

1. Mentalizarse psicológicamente.
2. No apelar al tiempo cuando no se tiene tiempo para escuchar.
3. Expresar nuestra disposición a escuchar.
4. Preparar las condiciones para garantizar que se pueda escuchar.
5. No enjuiciar.
6. Respetar el modo particular con que se comunica la persona.
7. Estimular a la persona a que hable y prestar atención a lo que dice.

Las habilidades que emplean abarcan desde las menos intrusivas como son el lenguaje no verbal, hasta las más intrusivas como la formulación de preguntas. Todas ellas, están en toda conversación y generalmente no se perciben en forma consciente (24,26, 33).

A continuación se describen brevemente:

3.1.1. Contacto visual:

Es fundamental para una adecuada comunicación. Se deben evitar los registros clínicos durante las sesiones o reducirlos al mínimo; el hacerlo obstaculiza una adecuada comunicación. Es importante,

considerar también que una persona temerosa, avergonzada o enojada puede evitar el contacto visual. Si eso ocurre, se debe mantener una mirada agradable y de comprensión, como una forma de demostrar interés, sin olvidar que existe una diversidad de formas de mirar, y que también se comunica a través de ella (33,34).

3.1.2. Lenguaje no verbal o lenguaje corporal:

A través del cuerpo se ejercen importantes formas de comunicación y el lenguaje no verbal, da señales de cómo se siente ambos, consultante y profesional, e incluye la mirada, los gestos y expresiones de la cara, los movimientos de la cabeza, los movimientos y postura del cuerpo, el tono, volumen y las oscilaciones de la voz y la velocidad y fluidez de la conversación, los silencios y las pausas (24, 26, 33, 34).

Otros aspectos a considerar en el lenguaje no verbal y lenguaje corporal son:

- Expresión facial de atención.
- La distancia entre las personas, la que debe ser cómoda para no invadir al otro.
- La sincronía en los movimientos, cuando la relación entre las personas es buena, si una de ellas se inclina, la otra también se inclinará en la misma dirección, hacerlo hacia el lado opuesto indica rechazo.

Las variaciones en el tono de la voz, la elevación del volumen o del tono se asocia con enojo, hablar más rápido con ansiedad, hablar en voz más baja y a menor velocidad con tristeza. Es importante también, evitar la monotonía utilizando variaciones en el tono de la voz (33,35).

Tabla N° VIII. Errores no verbales de la Consejería

Errores no verbales	Consecuencia en las personas
Exceso de cercanía física	Sentirse abrumada, invadida.
Excesiva distancia física	Sentirse rechazada o no aceptada.
Movimientos corporales y/o expresiones faciales de defensa o distanciamiento como: cara de aburrimiento, bostezar, mirar el reloj, cruzar piernas y brazos, alejar la silla etc.	Sentirse juzgada, rechazada o mal entendida, poco importante, y/o puede percibir emocionalmente distante al consejero o consejera.
Falta de contacto visual	Sentirse ignorada, no acogida; percibir al consejero o consejera como tímida o insegura, aburrida; distraída.
Exceso de contacto visual	Sentirse incómoda, contralada, invadida; percibir al consejero o consejera como impertinente o intrusiva.
Barreras creadas por objetos (ej. el escritorio)	Sentirse rechazada, no aceptada, con sensación de ser poco importante, percibir al consejero o consejera como lejana.
Incongruencia en los gestos o expresiones faciales	Tener la sensación de no ser entendida, no ser escuchada; percibir al consejero o consejera como inconsistente o incongruente.

Errores no verbales	Consecuencia en las personas
Gestos de distracción (ej. enrollarse el pelo, jugar con el lápiz, dar golpecitos a la mesa, etc.)	Tener la sensación de ser aburrida, no sentirse atendida, carente de interés; percibir al consejero o consejera como ansiosa o falta de interés.
Voz excesivamente alta o hablar muy rápido	Sentirse retada, abrumada, sentir que le están dando consejos o diciendo qué tiene que hacer; percibir al consejero o consejera como enojada u hostil.
Voz excesivamente baja o disminución de la frecuencia de expresión	Sentirse insegura y no valorar las intervenciones; percibir al consejero o consejera como poco segura de sí misma.
Sincronización inadecuada en el habla (interrupciones)	Sentirse no escuchada, poco importante y percibir al consejero o consejera como muy poco empática y/o con falta de habilidades.

Fuente: Content C, Objectives C, List R, Journals C. Theory and Practice of Counseling Virtual University of Pakistan. 2004.

3.1.3. Señales de aliento:

Son señales, casi no verbales para alentar a la persona que hable o continúe haciéndolo. Incluyen inclinaciones de la cabeza y sonidos como “mmm” o palabras como “sí”, “ah”, “así veo”, “sigue”, etc. Estas pequeñas señales, le muestran que se está escuchando con interés (33).

3.1.4. Incentivos verbales:

Son expresiones que estimulan para hablar como:

“Sigue, te estoy escuchando”.

“Por favor no te detengas, te estoy escuchando con mucha atención.”

“Esto que me dices, creo que es importante.”

“No me digas”, ¿cómo es eso?, “es interesante” (33).

3.1.5. Escucha Reflexiva:

La escucha reflexiva, tiene como propósito comprender y deducir lo que la persona quiere decir con exactitud y devolvérselo por medio de afirmaciones, que son frases sin interrogación final (24,33). Estas afirmaciones pueden ser la repetición de alguna palabra dicha y que nos parece importante o también:

- Refraseo: repetición cambiando alguna palabra por sinónimos o alterando ligeramente lo dicho para clarificarlo (24,33).
- Hacer Eco: repetir en forma de pregunta algunas frases que la persona diga durante la sesión; esto sirve para que la persona se escuche y se dé cuenta de lo que le sucede (24, 33, 34).
 - Ej. Adolescente: “Soy muy responsable, pero esta vez no usé condón”
 - Consejero o consejera: ¿Eres muy responsable?
- Parfraseo o reflejos: se refleja lo dicho con nuevas palabras, porque se intuye el significado de lo hablado por la persona (24,33).
 - Ej. “Entiendo que me estás diciendo...” “ En otra palabras...” “Déjame ver si entiendo...”

- Reflejos de sentimientos o señalamiento emocional: es la forma más profunda de reflexión y consiste en decir frases que muestran sentimientos o emociones (24,33).
Ej. "Te veo un poco triste", "parece que esto que hablamos te emociona".
- Silencios: utilizados de forma adecuada tienen un potente efecto reflexivo en la persona, porque de forma no verbal se le indica entendimiento y aceptación. Permiten también, un tiempo imprescindible de autoobservación acerca de lo que acaba de decir y sentir (24,33).
- Evitar hacer algunas cosas mientras se escucha:
 - No interrumpir.
 - No juzgar.
 - No ofrecer ayuda o soluciones prematuras.
 - No rechazar lo que la otra persona está sintiendo. Ej. "no te preocupes", "calma", "esto no es nada".
 - No contra argumentar. Ej. "me siento mal... pues yo también".
 - Evitar el síndrome del experto: alguien plantea un problema y ya se tiene las respuestas, incluso antes que termine de hablar (24,33).

Es muy importante no interpretar lo que la persona refiere, para lograrlo resulta necesario escuchar con mucha atención y si en algún momento no se comprende algún término del lenguaje juvenil, puede preguntar abiertamente. Ej. ¿Qué quieres decir con.....?, o ¿A qué te refieres con.....? (24,33).

3.1.6. Resumen:

El resumen, abarca reflejos de hechos y sentimientos y los puntos importantes, especialmente en los que la persona hizo énfasis. Se evita en él la repetición y es de utilidad porque: reorganiza y enfoca la información relevante; estimula la autoexploración porque confirma que se ha escuchado; relaciona pensamientos-sentimientos y conducta; muestra resistencias, ambivalencias y contradicciones; refuerza los mensajes de cambio y permite también que corrija al consejero o consejera si esta se equivoca (24,33).

Ej. "Si te he escuchado correctamente, me estabas diciendo que ... (resumen)... ¿estoy en lo correcto?"
 "si no he entendido mal.....resumen"
 "o sea, que lo que me estás diciendo....resumen"
 "a ver si he entendido bien... ¿me estás diciendo...resumen?"

El resumen es de mucha utilidad cuando:

- Se quiere revisar la discusión de un tema específico.
- Se desea terminar una conversación o entrevista.
- El interlocutor se va de un tema a otro con gran facilidad y se desea orientar el tema de discusión.
- Hay algo del mensaje del interlocutor que no se ha entendido con claridad y se desea que lo repita (24,33).

3.1.7. Seguimiento verbal:

Consiste en realizar preguntas en relación al tema planteado. Es una habilidad útil, porque permite que la persona, proponga los temas, lo que ayuda a la autoexploración y a la comprensión de sí misma. En la práctica, es una habilidad que requiere de entrenamiento y ejercitación (33).

3.2. Formulación de Preguntas:

Las preguntas son la forma más común de escucha activa, son más directas que las otras habilidades de escucha y se utilizan no solo con el objetivo de obtener información, sino también, cuando se quiere apoyar la reflexión sobre un problema; orientar el proceso de resolución de problemas; enseñar una habilidad interpersonal; identificar las consecuencias de la conducta y cuando se pretende, que la persona fije objetivos e identifique contradicciones entre objetivos.

En consejería, es frecuente encontrar el término “el arte de hacer preguntas”, lo que refleja la importancia que las preguntas tienen en el proceso del cambio. Una pregunta adecuada puede facilitar la reflexión y el cambio, una pregunta inadecuada puede generar resistencias y obstaculizar el proceso de cambio. Resulta entonces también muy necesario entrenarse en ellas (33).

Existen preguntas abiertas y preguntas cerradas y la diferencia entre ellas, es el grado de libertad que la persona que responde tiene para elegir la respuesta.

Las preguntas abiertas, permiten una amplia variedad de respuestas; abren la puerta para la expresión y análisis del problema, ayudan al relato de la historia, facilitan la focalización del problema, ayudan a recoger y analizar la información y permiten que la persona ejerza algún control sobre el rumbo de la conversación. Son una señal para que se sienta libre de elegir el tema del cual se conversará y deben ajustarse al seguimiento verbal (33). Ej. me gustaría comprender cómo ves las cosas. ¿Qué es lo que te preocupa?, ¿Por qué no me explicas desde el principio cuando empezaste a ...?

Las preguntas cerradas, generalmente exigen una respuesta que deberá elegirse entre un número reducido de posibilidades y generalmente consiste en una sola palabra, (ej. si, no, etc.) a la que sigue el silencio en espera de la próxima pregunta. Contribuyen a crear un clima autoritario, en donde la dirección de la conversación queda en manos de quien hace las preguntas y no en quien responde (33).

Las preguntas que comienzan con un “¿Por qué?”, pertenecen a una categoría especial, aparentan ser abiertas pero pueden convertirse en una pregunta cerrada si la persona responde “porque si”, o “porque no”. Por otra parte, resultan a menudo difíciles de responder, ya que a veces se realizan o se interpretan de manera acusatoria. Se recomienda cambiarlas por “¿qué te pasó que....? (33).

3.3. Algunos ejemplos de preguntas:

3.3.1. Preguntarse por la naturaleza de la tarea o situación:

- ¿Qué ocurrió?
- ¿Qué hiciste tú?
- ¿Qué hizo el otro?
- ¿Cuál es la situación que tienes que...?
- ¿Quiénes estaban o estarán cuando...?
- ¿Cuándo?
- ¿Dónde?

3.3.2. Preguntarse por las consecuencias de la propia conducta:

- ¿Qué pasó cuando tú...?
- ¿Qué pasaría si...?
- Imagínate que haces o dices.... ¿qué pasaría?, ¿qué podría ocurrir?, ¿y si no lo haces?
- ¿Y si hubieras hecho o dicho?
- ¿Cuáles son las ventajas e inconvenientes? de una alternativa elegida para solucionar un conflicto.

3.3.3. Preguntas para generar consciencia de consecuencias:

- ¿Qué es lo que más te preocupa?
- ¿Qué crees que te podría suceder si continuas con tu conducta?
- ¿Qué es lo que más te asusta si no cambias?

3.3.4. Preguntas orientadas a identificar discrepancias:

- Bien, tú quieres.....¿haciendo o diciendo lo lograrás?
- Tu pretendes en primer lugar... también deseas... por otro lado...si consigues lo primero piensas que es posible conseguir lo segundo?

3.3.5. Preguntas para provocar afirmaciones automotivadoras de reconocimiento de problema:

- ¿Qué dificultades has tenido con todo lo que me has estado contando?
- ¿Cómo se ve afectada tu vida por todo lo que estás sintiendo?
- ¿Lo que te sucede te afecta a ti y a alguien más?

3.3.6. Preguntas orientadas a que el adolescente piense y hable sobre el cambio:

- El hecho de estar aquí hablando de esto conmigo ¿quiere decir que al menos una parte tuya piensa que ha llegado la hora de cambiar o hacer algo?

- ¿Cuáles son las razones que ves para cambiar?
- ¿Qué es lo que tú crees que tendrías que cambiar?
- ¿Qué podrías hacer, ... qué opciones tienes?
- Si tú sientes que las cosas no pueden seguir como hasta ahora. ¿qué es lo que piensas hacer?
- ¿Cómo te gustaría que fuesen las cosas a partir de ahora, de una forma ideal?
- ¿Qué desearías hacer?
- ¿Cuáles serían las ventajas si haces cosas para cambiar esta situación?

3.3.7. Preguntas orientadas a identificar los objetivos:

- ¿Qué quieres?
- ¿Qué te gustaría?
- ¿Para qué?
- ¿Qué te interesa? ¿Qué te interesa de modo inmediato?
- ¿Qué te interesa a mediano plazo?
- ¿Cuáles son las opciones que tienes ahora? ¿Qué es lo que te gustaría hacer?
- ¿Cómo te gustaría que cambiara? ¿Qué es lo que quieres cambiar?
- Si tú pudieras conseguir con éxito lo que ahora quieres, ¿qué es lo que cambiarías?.
- ¿En qué grado podría ser tu vida diferente, si siguieras esta idea e hicieras... ?
- Has comentado que te gustaría hacer... hablemos de esto unos instantes. ¿Cómo crees que te iría haciendo... ?
- Entonces tu objetivo es... ¿Qué es lo que podría ir mal si sigues este plan?
- Si tuvieras éxito a la hora de conseguir... ¿qué más crees que podría ocurrir? ¿qué es lo que podría ser bueno o no tan bueno a la hora de conseguir ese objetivo?

3.3.8. Preguntas para evaluar la autoeficacia y el control estimado sobre los resultados:

- ¿Hasta qué punto crees que serás capaz de...?
- ¿Hasta qué punto crees que el hacer tal cosa...te va a llevar a conseguir..., vas a tener los resultados de...?
- ¿Qué importancia tiene para ti conseguir esos resultados...?
- ¿Con qué dificultades crees que te vas a encontrar para hacer estos cambios?



Capítulo 4

Habilidades de Entrevista, Evaluación, Intervención

4.1. Habilidades básicas de entrevista del o la adolescente o joven:

- Siempre recordar el nombre.
- Conocer la historia.
- Establecer un ambiente cómodo, cálido y que favorezca la vinculación.
- Explicitar la confidencialidad y sus límites.
- Utilizar un lenguaje claro, directo y comprensible.
- Invitación abierta para que hable, con una estimulación mínima, es decir, hablar poco.
- Escuchar activamente, demostrar empatía, mantener una disposición positiva y demostrar respeto.
- Observar atentamente el lenguaje no verbal y el estado emocional.
- No juzgar; demostrar respeto utilizando lenguaje de aceptación y no de crítica.
- Pedir aclaraciones, retroalimentar de manera significativa y específica.
- Explorar, validar y responder a los sentimientos; reconocer dificultades y conflictos, dudas y temores.
- Respetar la historia, concentrarse en sus necesidades y deseos.
- Mostrar comodidad con la variedad de sentimientos, temas y al formular preguntas.
- Proveer de información actualizada y escrita si es necesaria.
- Dar "feedback".
- Pedir "feedback", si la sesión le resultó útil o no.
- Sincronizar comportamiento verbal y no verbal mientras se escucha.
- No incurrir en los obstáculos más frecuentes como interrumpir; no respetar las pausas o silencios; hacer juicios o evaluaciones; atribuir intenciones a lo que nos dicen; contraargumentar; discutir y/o aconsejar.
- Acordar día y hora para la siguiente sesión (26).

4.2. Habilidades de evaluación:

- Analizar la situación; conceptualizar por qué está pasando y comprender las circunstancias.
- Formular preguntas clave para obtener información sobre riesgos; preocupaciones; problemas; fortalezas internas y externas y mecanismos para manejar los problemas.
- Mantener un criterio amplio al escuchar los problemas; evitar conclusiones apresuradas.
- Estar abierto e interesado a las conductas y pensamientos.

- Pensar en varias posibilidades para el cambio (fuera de las soluciones tradicionales).
- Ser flexible al pensar en la situación/problema y no depender de una sola orientación teórica.
- Evitar diagnosticar y tomar como patológicos temas del desarrollo juvenil normal.
- Compartir la evaluación y ver si tiene sentido para él o ella (26).

4.3. Habilidades de intervención:

- Utilizar preguntas abiertas; hacer uso de resumen; integrar; reflejar hechos y sentimientos. Conceptualizar la situación problemática; facilitar la expresión de sentimientos; identificar las oportunidades de cambio; ayudar a tomar sus propias decisiones (26).
- Facilitar el desarrollo de opciones y metas realistas, apropiadas para su situación, edad, desarrollo y género (26).
- Reconocer la ambivalencia como una respuesta normal de la experiencia de cambio (26).
- Motivar y mostrar discrepancias cuando se percibe ambigüedad en los mensajes, apoyar la construcción de conductas de salud positivas (26).
- Ser flexible; utilizar pensamiento reflexivo; conocer el manejo de las crisis y las limitaciones del consejero o consejera (26).
- Establecer un tipo de relación, le permita explorar libremente lo problemático en su vida; después ayudar a ver objetivamente el problema y a comprender la necesidad de la acción y finalmente ayudar a actuar (26).
- Organizar la continuidad de la atención, si se requiere la participación de otros integrantes del equipo de salud (26).
- Conocer y comprender el rol del consejero o consejera; sus competencias y sus límites de intervención, así como, tener la capacidad de identificar los problemas que sobrepasan su línea de acción; requiriendo la participación de otros profesionales con experticias diferentes (26).
- La consejera o el consejero, debe ser congruente, auténtico, veraz e integro en su vínculo (26).

Capítulo 5

Autoevaluación, códigos de Ética. Cualidades del consejero y consejera

5.1. Conocimiento, conciencia personal y autoevaluación:

- Desarrollar un conocimiento personal profundo de las limitaciones propias, reconocer prejuicios, creencias religiosas, conflictos internos (26).
- Capacidad para cuestionarse críticamente, mejorar sus conocimientos, habilidades, actitudes y efectividad (26).
- Preguntarse, por ej. "¿Cómo lo estoy haciendo?, ¿Cómo sé que lo que estoy haciendo funciona?, ¿Cómo puedo mejorarlo?, ¿Pido ayuda cuando la necesito?, ¿Pido retroalimentación de mis supervisores y colegas?, ¿Hago que fije sus propias metas?, ¿Comprendo las diferencias de género y las incorporo en la consejería?, ¿Cuáles son mis fortalezas?, ¿Cuáles son mis debilidades?, ¿En qué problemáticas requiero mayor capacitación?, ¿Utilicé un lenguaje no sexista?, ¿Verifiqué cuáles eran los sentimientos sobre su situación y sus decisiones?, ¿Observé su comunicación no verbal?". Ver pauta auto evaluativa en anexo (26).

5.2. Observar los códigos de ética profesional, en la atención de adolescentes y jóvenes, mujeres y hombres:

- Tener conocimiento, práctica y respeto de los todos los principios bioéticos que rigen la atención de salud de este grupo (26).
- Respetar los derechos de ellos, ellas y la sus familias, en particular el derecho al acceso a servicios de salud, oportunidad de la atención y calidad de ella. En especial tener consideración del derecho a la confidencialidad y sus límites (26).
- Conocer y respetar el marco regulatorio de la atención de salud para la población adolescentes y jóvenes (26).
- Someter a reflexión del equipo profesional, los dilemas éticos que surjan en la consejería (37,38).

5.3. Otras cualidades necesarias en los consejeros y consejeras:

Formación adecuada, responsabilidad, calidez, toma de conciencia, comprensión y aceptación de sí mismo, sentido del humor, equilibrio, paciencia, madurez, amabilidad, iniciativa, amplitud de criterio, trato agradable, capacidad de escuchar y tolerancia (26).

COMPORTAMIENTO NO DESEABLE:

- Ordenar, dirigir
- Amenazar
- Retar
- Dar consejos
- Moralizar, sermonear o decir lo que debería hacer
- Juzgar, criticar o culpabilizar
- Ridiculizar o etiquetar
- Interpretar
- Minimizar los sentimientos o situaciones que para el adolescente o joven son importantes
- No preocuparse de su autocuidado
- Sobrepassar el límite de su intervención

Capítulo 6

Fases de la Consejería

6.1. Iniciar una relación de confianza (vínculo):

Crear un ambiente confortable y acogedor, teniendo presente que los primeros momentos de la consejería, marcarán el ambiente que se establecerá después y que un estilo directivo, intrusivo o enjuiciador puede resultar intimidante. Para que las personas jóvenes se sientan bienvenidas y seguras, el ambiente debe reflejar esas cualidades. Resulta importante, contar con un espacio privado y sin interrupciones, sin barreras y accesible; preocuparse que también sea atractivo. Evitar las barreras físicas como por ejemplo los escritorios, rompiendo así las barreras de poder (26, 32).

- Prestar atención a la persona. No tomar apuntes, pero si es necesario, que sean los mínimos. Apagar el celular. Evitar interrupciones, que otras personas entren al box de atención (26).
- Ser sensible a las necesidades. Tratar a las personas con dignidad y respeto (26).
- Mostrar y comunicar aceptación incondicional. Cuando los adolescentes y jóvenes, hombres y mujeres, se sienten valorados, respetados y escuchados, se comunican libre y naturalmente (26).

6.2. Evaluación o exploración de la situación o problema:

- Evaluar la historia y en conjunto definir o aclarar los temas y las inquietudes, determinando cuando corresponda, el curso en que los temas han evolucionado con el transcurso del tiempo (26,32).
- Hacer sentir a la persona, que su problema o situación no es única, que a otros individuos podría haberles sucedido lo mismo y tiene derecho a sentirse como se siente. Todas las personas pueden cometer equivocaciones; esto facilita bajar la tensión y favorece que comunique la situación que le está afectando (26,32).
- Introducir el tema, intentando corregir mitos y la información incorrecta, evitar entregar información o tratar otros temas, que no corresponden a la situación específica que se está tratando. Hablar en términos simples y precisos, escuchar atentamente cuáles son las palabras utilizadas y considerar los conocimientos previos.

- Evaluar lo que sabe y lo que no sabe, en relación a la conducta que se está analizando. Explorar su predisposición y posicionamiento en relación a las herramientas y conductas preventivas. Ej. “si se siente o no en riesgo”, cual es su percepción subjetiva de autocontrol, dominio, autoestima, capacidad de afrontamiento (26,32).
- Evaluar sus expectativas, opiniones, valores, esquemas de conducta en relación a las prácticas que se quieren modificar o eliminar, como también de las que se quieren promover (26,32).

6.3. Orientar y guiar la toma de decisiones:

- Facilitar la comprensión de los temas principales y ayudar a aclarar sus percepciones e ideas acerca de sus inquietudes. Si es necesario entrega información adicional, resolver dudas y aclarar creencias erróneas (26,32).
- Apoya el desarrollo de metas realistas y apropiadas. Guiar a visualizar las diferentes opciones para la resolución de sus inquietudes o problemas, estableciendo así metas apropiadas con el fin de mantener o cambiar conductas, acorde a su etapa de desarrollo, necesidades, género y realidades particulares (26,32).

6.4. Elaboración de plan de acción:

- Apoyar la elaboración de un plan de acción realista, para llevar a cabo las decisiones tomadas.
- Ayudar a anticipar las barreras personales o interpersonales, con las que podría encontrarse al implementar el plan de acción y también explorar los elementos, recursos, capacidades y las destrezas, que posee para realizar el cambio de conducta (26,32).

6.5. Poner en práctica el plan de acción para el cambio de conducta y monitoreo del progreso:

- Acompañar durante la implementación de las decisiones tomadas (26,32).

6.6. Monitoreo del progreso y evaluación:

- Cuando los adolescentes o jóvenes, mujeres y hombres, comienzan a implementar su nueva conducta, todavía necesitan apoyo y estímulo (26,32).
- Fortalecer la capacidad percibida (autoeficacia) para llevar a cabo las decisiones tomadas, apoyando en caso de que se presenten barreras para implementarlas. Ayudar a solucionar

problemas actuales o los que podrían presentarse (26,32).

- Reforzar el cambio, ayudando a visualizar sus propias respuestas y la de los otros frente al cambio y los beneficios percibidos (26,32).

La etapa final del cambio de conducta, se conoce como la etapa de mantenimiento y se caracteriza por el compromiso con las nuevas conductas, después de seis meses de cambio persistente. La mejor intervención en este punto, es continuar estimulando y reforzando de manera positiva, con énfasis en un modo de vida sano, como una buena forma de mantener el nuevo comportamiento. Esto puede lograrse de mejor manera, estableciendo consejerías periódicas y elogiando y alentando, cada vez que actúa de acuerdo al comportamiento que se ha propuesto cumplir. Se debe explicar, que la recaída es parte normal del proceso de cambio y quizá haya momentos o situaciones, donde podría repetir comportamientos anteriores (26, 32, 39, 40). Debe sentir que la consejera o consejero está de su lado y lo apoyará en sus momentos de éxito, así como también en sus recaídas.

6.7. Cierre:

La consejería se cierra explicitando la posibilidad de regresar en nuevas oportunidades (26).



Bibliografía

1. Luengo X. Características de la Adolescencia Normal. En: Molina R, Sandoval J y González E, editores. Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2003. p. 16-23.
2. MINSAL. Orientación para la implementación de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes en Chile, Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes en Chile. Borrador. 2008.
3. Neinstein L.S. Adolescent Health Care. A Practical Guide. 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 2007.
4. Beauchamp T, Childress J. Principios de Ética Biomédica. 1th ed. Barcelona: Masson SA; 1998.
5. Montero A, González E. Principales consideraciones bioéticas en la atención en salud sexual y reproductiva en adolescentes. Rev. Chil Obstet Ginecol. 2010; 75 (4):272-277.
6. Gracia D, Jarabo Y, Espíldora N, Ríos J. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. Med Clin. 2001; 117:179-190.
7. Cook R, Erdman J, Dickens B. Respecting adolescent´s confidentiality and reproductive and sexual choices. International Journal of Gynecol. and Obst. 2007; 98: 182-187.
8. Hernando P, Marijuán M. Método de análisis de conflictos éticos en la práctica asistencial. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29(Suppl3): S91-99.
9. Bórquez G, Raineri G, Horwitz N, Huepe G. La noción de capacidad de la persona para tomar decisiones, en la práctica médica y legal. Rev Méd Chile. 2007;135 :1153-1159.
10. Bórquez G, Raineri G, Bravo M. La evaluación de la capacidad de la persona. Rev. Méd Chile. 2004:1243-1248.
11. Bird S. Children and adolescents. Who can give consent?. Australian Family Physician. 2007; 36(3): 165-166.
12. Alderson P. Competent children Minors´ consent to health care treatment and research. Social Science & Medicine. 2007; 67: 2272-2283.
13. Júdez J, Nicolás P, Delgado M, Hernando P, Zarco J, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. Med Clin. 2002; 118 (1): 18-37.
14. OPS/OMS. Jóvenes: opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Washington, D.C. 2008.
15. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. Health Educ Q. 1988; 15(4): 351-377.
16. OPS/Fundación W.K. Kellogg. Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes. Washington, D.C. 2000.
17. Hochbaum GM. Public Participation in Medical Screening Programs: A Sociopsychological Study. Washington, DC: Government Printing Office; 1958; 572.
18. Rosenstock IM, Stretcher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. Health Educ Q. 1988; 15(2): 175-183.

19. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*. 1977; 84(1): 191-215.
20. Gullone E. The development of normal fear: a century of research. *Clin Psychol Rev*. 2000; 20 (4):429-451.
21. Gerrard M, Gibbons FX, Benthin A, Hessling RM. A longitudinal study of the reciprocal nature of risk behaviors and cognitions in adolescents: what you do shapes what you think, and viceversa. *Health Psychol*. 1996;155: 344-354.
22. Prochaska J. *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*. Dorsey, Homewood. Illinois. 1979.
23. Prochaska J y DiClemente C. *The Transtheoretical Approach*. Dow Jones, Nueva York. 1984.
24. Lizarraga S, Ayarra M. *ANALES Sis. San Navarra*. 2001; 24 Supl 2: S43-53.
25. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York. 1997.
26. OPS/OMS. *Modelo de consejería orientada a los jóvenes en prevención del VIH y para promoción de la salud sexual y reproductiva. Una guía para proveedores de primera línea*. Washington, D.C. 2005.
27. Saleebey D. The strengths perspective in social work practice: Extensions and cautions. *Social Work*. 1996; 4(3): 296-305.
28. Saleebey D. *The strengths perspective in social work practice*. 2 ed. New York: Longman; 1997.
29. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people for change*. 2 th ed. New York: The Guilford Press; 2002.
30. Rogers CR. *Client-centered therapy: Its current practices, implications and theory*. Boston: Houghton-Mifflin. 1951.
31. Rogers C.R. A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In: Koch S, editors. *Formulations of the person and the social context*. Psychology: The study of a science. New York: McGraw-Hill; 1959. p. 184-256.
32. MINSAL San Salvador. *Guía para la consejería en la atención de adolescentes*. El Salvador. 2003.
33. World Health Organization, Adolescent Health Programme, Division of Family Health. *Counselling Skills Training in Adolescent Sexuality and Reproductive Health. A Facilitator's Guide*. Geneva. 1993.
34. Secretaría de Salud. *Manual Sobre Consejería En VIH/Sida e ITS*. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA CENSIDA. México. 2006.
35. Content C, Objectives C, List R, Journals C. *Theory and Practice of Counseling* Virtual University of Pakistan. 2004.
36. OPS. *IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes*. Washington DC, Estados Unidos. 2005
37. Ministerio de Salud de Chile. *Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad*. Santiago de Chile. 2006.
38. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. *Propuesta de normas para la consejería en la atención en salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes*. 2007.
39. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1983; 51(3): 390-395.
40. Coury-Doniger PA, Levenkron JC, McGrath PL, Knox KL, Urban MA. From theory to practice: Use of stage of change to develop an STD/HIV behavioral intervention. Phase 2: Stage-based behavioral counseling strategies for sexual risk reduction. *Cognitive and behavioral practice*. 2000; 7(4): 395-406.

Anexo

PAUTA EVALUACIÓN TRABAJO DE LA CONSEJERA O CONSEJERO (26)

	No se aplica	logrado	Parcialmente logrado	Totalmente logrado
Al inicio de la entrevista de consejería, (la consejera o consejero se pregunta):				
1. ¿Trabajé en un lugar privado, agradable y cómodo para los adolescentes y jóvenes, mujeres y hombres?, ¿Me esforcé en asegurar un lugar privado para la discusión de temas delicados de salud?, ¿Evité las barreras físicas, como por ejemplo un escritorio entre la persona joven y yo?				
2. ¿Me presenté y expliqué mi papel en forma breve, y describí la consejería de una manera que no amedrentara y fuera fácil de comprender?				
3. ¿Comencé a establecer un ambiente cordial, abierto y de confianza?				
4. ¿Aclaré temas y condiciones de confidencialidad, sus límites y disponibilidad para proveer sesiones de consejería?, ¿Fui claro al explicar que la consejería es completamente voluntaria y que la persona joven puede abandonar el proceso en cualquier momento?				
5. ¿Usé términos no técnicos y utilicé un lenguaje fácil de entender y apropiado para la edad y desarrollo de la persona joven?, ¿Utilicé un lenguaje neutral cuando me referí a parejas sexuales?				
6. ¿Presté atención a la persona joven a través de un contacto ocular apropiado y observé su conducta no verbal?, ¿Hice algo para ayudar a que la persona joven se sintiera más cómoda en la oficina?				
7. ¿Tuve una postura natural y cómoda con la persona?, ¿Fui auténtico o auténtica en mi relación con la persona joven?				
8. ¿Establecí un vínculo a través de preguntas generales (por ejemplo, pasatiempos, intereses, escuela) antes de invitar a compartir lo que lo o la llevó a la consejería?				
9. ¿Pregunté los motivos o razones por las que la persona joven buscó consejería?				
10. ¿Di oportunidad para que la persona joven compartiera su situación sin interrupciones?				
11. ¿Demostré una disposición incondicionalmente positiva al escuchar y atender la comunicación verbal y no verbal de la persona joven?, ¿Me abstuve de emitir juicio sobre la conducta o situación, aunque no estuviera de acuerdo con todo lo que estaba haciendo?, ¿Fui cordial, abierta, confiable, respetuosa y tolerante?, ¿Validé las experiencias y sentimientos de la persona joven?				

	No se aplica	logrado	Parcialmente logrado	Totalmente logrado
Al conversar sobre conductas y la situación actual (la consejera o consejero se pregunta):				
<p>1. ¿Utilicé preguntas abiertas para explorar temas relevantes y facilitar la participación activa de la persona joven?, ¿Exploré las razones subjetivas para hacer ciertas cosas?</p> <p>2. ¿Ayudé a identificar y aclarar la potencial ambivalencia entre lo que ella o él quería o necesitaba que pasara?, ¿Trabajé con la persona joven para identificar las barreras y recursos o fortalezas para el cambio?, ¿Hice preguntas sobre conflictos, inconsistencias o discrepancias con los objetivos, inconsistencias o conductas?</p> <p>3. ¿Desarrollé metas específicas y realistas junto con la persona joven?, ¿Me concentré en preocupaciones importantes de la persona joven y trabajé en conjunto para explorar lo que deseaba y quería cambiar?. Después de esta indagación, ¿Trabajé con la persona para definir una meta alcanzable?, ¿Respondí a la conducta no verbal de la persona joven al tomar la decisión, es decir, si la persona: rió, lloró, miró hacia abajo, estaba tenso?, ¿Validé las experiencias y sentimientos la persona joven al tomar una decisión?</p> <p>4. No di directivas?, ¿Escuché a la persona joven con empatía y respondí a sus experiencias y sentimientos?, ¿Evité decirle a la persona joven qué hacer y qué decidir?, ¿Evité utilizar persuasión y manipulación?, ¿Le permití a la persona joven presentar sus opciones posibles y le ayudé a entender las consecuencias de cada una de ellas?, ¿Le permití la persona tomar una decisión informada?</p> <p>5. ¿Le pregunté a la persona joven qué entendía sobre la información compartida o aprendida en relación a temas tratadas?, ¿Fui más allá de la simple entrega de información y educación?, ¿Evalué lo que la persona joven había aprendido o recordaba?</p> <p>6. ¿Evalué la etapa de cambio en la que la persona joven se encontraba?</p> <p>Las respuestas verbales y las intervenciones utilizadas durante la sesión, ¿respondieron a la etapa de cambio en la que la persona joven estaba?, ¿Fue la intervención sensible al género y etapa de desarrollo de la persona?, ¿Fueron las opciones que presentó apropiadas para la edad?, ¿Correspondió con lo que a los hombres o las mujeres les interesa?</p>				

	No se aplica	logrado	Parcialmente logrado	Totalmente logrado
Cierre: Antes de terminar la entrevista de consejería (la consejera o consejero pregunta):				
1. ¿Resumí la entrevista de modo de clausurar la sesión?, ¿Le pregunté a la persona joven si había algo que no se hubiera desarrollado y que sería importante discutir para desarrollar mejor un plan de acción?				
2. ¿Revisé los sistemas de apoyo (recursos internos y externos, amigos/fortalezas, actividades placenteras y seguras) y posibles barreras al cambio (ambivalencia, estrés, pérdidas, temores, dudas)?, ¿Le hice notar a la persona joven que el cambio puede ocurrir a pequeños pasos?				
3. ¿Protegí la autonomía de la persona joven apoyando su auto-determinación en el proceso de tomar decisiones?, ¿Aclaré opciones y consecuencias en relación a opciones alternativas, apoyando la libertad y la elección de la persona joven para proceder con el plan de acción?				
4. ¿Negocié el próximo paso de consejería en relación al plan de acción y las metas?				
5. ¿Reforcé verbalmente el esfuerzo de la persona joven por discutir o iniciar el cambio?				
6. ¿Proporcione opciones y alternativas éticas? ¿Respondí sensiblemente y estuve al servicio de la persona joven?, ¿Respeté la dignidad y el valor de la persona joven?, ¿Intervine con integridad y competencia?				

