

Consejería para uso de condón basada en etapas del cambio en un centro de atención a adolescentes

Counseling on condom use based on stages of change in an adolescent care center

Ingrid Leal F.¹,
Electra González A.²
Temístocles Molina G.³

Resumen

Los y las adolescentes están iniciando relaciones sexuales cada vez más temprano, muchas veces sin las medidas necesarias para prevenir embarazos no deseados o infecciones de transmisión sexual (ITS), observándose un bajo uso del condón. La consejería basada en el Modelo Transteórico del Cambio (MTTC), se plantea como una estrategia efectiva para la promoción del uso del condón. El objetivo de este estudio es explorar las etapas del cambio en las cuales se encuentran las adolescentes describiendo la consejería basada en MTTC para el uso del condón. El método consistió en aplicar un test diagnóstico previo y posterior a la realización de las sesiones de consejería, recogiendo la información de forma cualitativa.

Los resultados muestran que las adolescentes se encuentran en etapas tempranas del cambio, usando el condón principalmente como anticonceptivo, posterior a la intervención, algunas adolescentes avanzaron en las etapas del cambio. Es necesario llevar a cabo más estudios con una mayor muestra para evaluar el impacto de la consejería en el uso del condón.

Palabras clave: Etapas del cambio, Uso del Condón, Consejería.

Abstract

Male and female adolescents are initiating sexual intercourse earlier than in past years, often without the necessary measures to prevent unwanted pregnancies or sexually transmitted infections (STIs), with a low use of condoms to prevent STI/AIDS. Counseling based in Transtheoretical Model of Change (TMC), is proponed as an effective strategy for promoting condom use. The aim of this study is to identify the stage of change in which female adolescents are and to describe counseling based on TMC applied for the use of condoms. The method consisted in applying a diagnostic test before and after the execution of the counseling sessions, gathering information qualitatively.

The results show that female adolescents are in early stages of change, especially using condoms as a contraceptive. It is necessary to carry out further studies with larger samples to evaluate the impact of counseling in condom use.

Key words: Stages of Change, Condom Use, Counseling.

Recibido el 10 de diciembre de 2010. Aceptado el 17 de marzo de 2011

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

2 Facultad de Medicina Universidad de Chile, Centro de Medicina y Desarrollo Integral de la Adolescencia, CEMERA. Santiago de Chile.

3 Facultad de Medicina Universidad de Chile, Centro de Medicina y Desarrollo Integral de la Adolescencia, CEMERA. Santiago de Chile

INTRODUCCIÓN

En Chile, según la Sexta Encuesta del INJUV, un 47.9% de los adolescentes entre 15 y 19 años ha iniciado actividad sexual, mientras que la Encuesta Mundial de Salud Escolar realizada en Chile, indica que entre un 7 a un 12% de los varones entre 13 y 15 años, refirió haber tenido relaciones sexuales antes de los 13 años (1). En cuanto al número de parejas sexuales la Encuesta de Calidad de Vida (2006) mostró que el 16,5 % de los jóvenes de entre 15 y 19 años declaró haber tenido más de una pareja sexual en los últimos doce meses. En relación al uso del condón durante la primera relación sexual, el uso de éste no excede al 7% en los adolescentes más jóvenes. (3)

Se debe tener presente que el diagnóstico de VIH/SIDA con frecuencia se realiza años después de la transmisión y que dentro de los grupos etáreos afectados por este virus, los menores de 20 años representan el 2,3 %. Por lo que se podría deducir que muchos de los portadores de VIH contrajeron la infección durante la adolescencia.

En relación a los métodos de prevención del VIH/SIDA, existe información, aportada por una de las encuestas antes mencionadas, que revela un 18% de jóvenes que piensan que escogiendo cuidadosamente a la pareja se puede prevenir la infección. (1,3)

En cuanto a otras infecciones de transmisión sexual (ITS), la población adolescente representa el 12,1% del total de notificaciones, existiendo un predominio del sexo femenino (65,7% v/s 34,3%) (2).

Dentro de los factores de riesgo para adquirir alguna ITS se encuentran: el inicio precoz de las relaciones sexuales, el número de parejas sexuales y la falta de medidas preventivas como por ejemplo, el uso del condón.

Desde el año 1991 el Ministerio de Salud ha lanzado varias campañas que tienen por objetivo reforzar la prevención del SIDA, a través, de la instauración de diferentes conductas de autocuidado en los jóvenes, como: el uso correcto del condón, pareja única y la postergación de la iniciación sexual.

A partir de los antecedentes antes expuestos y el escaso éxito en las estrategias de promoción del uso del condón, este estudio se plantea un modelo de consejería personalizado basado en el Modelo Transteórico del Cambio (MTTC) desarrollado por Prochaska en 1983, descrito como un modelo de consejería fácil de aplicar y optimista ante los cambios de conducta de cada persona. Consiste en cinco etapas: Precontemplativa, Contemplativa, Preparación, Acción y Mantenimiento, que van desde la nula percepción de riesgo y baja motivación al cambio a etapas avanzadas donde la

Tabla nº 1
Etapas Modelo Transteórico del Cambio

Etapa	Características
<i>Precontemplativa</i>	Existe desinterés por cambiar la conducta, es la etapa en la cual el/la adolescente no quiere cambiar, no reconoce que existe un problema. Los individuos en esta etapa no están informados sobre las consecuencias a largo plazo de su comportamiento, no quieren pensar en el problema y/o toman una postura defensiva en respuesta a la presión social para cambiar su conducta. Esta etapa ha sido señalada como la más estable, muchos individuos nunca se mueven más allá de esta etapa. La persona no ve en su comportamiento algo inadecuado y por tanto, no tiene ninguna intención de cambio en los próximos 6 meses
<i>Contemplativa</i>	Existe conciencia del beneficio de cambiar, el/la adolescente está considerando cambiar su comportamiento y evaluando las ventajas y desventajas de su conducta frente a una nueva conducta, pero puede haber sentimientos de ambivalencia y resistencia. Sin embargo, en esta etapa aún no se ha hecho un compromiso de tomar medidas y puede permanecer en esta etapa durante períodos largos. Las personas que se encuentran en esta etapa evalúan lo positivo de su comportamiento y la cantidad de esfuerzo requerido para cambiar.

Preparación	Es el estadio en el cual el/la adolescente determina que las consecuencias adversas de mantener su conducta problemática actual pesan más que los beneficios. El individuo está preparado para cambiar. A diferencia de la Precontemplación y la Contemplación, la Preparación es una etapa de transición, más bien que una etapa estable. La persona tiene intención de cambiar dentro de los próximos 6 meses, pero todavía no intenta nada para dicho cambio de comportamiento. La fase final de esta etapa es alcanzada cuando la persona tiene la intención de tomar medidas dentro de los próximos 30 días y tiene un plan detallado para cambiar cierta conducta
Acción	Cuando el individuo cambia o modifica sus conductas. La Acción implica cambios conductuales y requiere un compromiso considerable de tiempo y energía. La modificación del comportamiento hecha en la etapa de acción tiende a ser la más visible y recibe el mayor reconocimiento externo. Los individuos son clasificados en esta etapa si ellos han cambiado el comportamiento satisfactoriamente. El objetivo se alcanza cuando el comportamiento ha sido modificado llegando al objetivo.
Mantenición	En esta etapa el trabajo se localiza en la prevención de recaídas y consolidar los beneficios logrados en la etapa de acción. Tradicionalmente, esta etapa fue vista como una etapa estática. Sin embargo, el mantenimiento es una continuación, no una ausencia de cambio. La estabilización del cambio de comportamiento y evitar la recaída son lo característico de la etapa de mantenimiento. Si el comportamiento ha sido mantenido durante más de 6 meses, la persona entra en esta etapa.

conducta a promover se realiza consistentemente (tabla nº 1) (4, 5, 6, 7, 8, 9).

Estudios en población adolescente donde se empleó consejería basada en el modelo antes mencionado, favorecieron en mayor porcentaje el cambio de conducta, a diferencia del asesoramiento abreviado. Además este modelo entrega un marco referencial sobre los mecanismos y motivaciones de los adolescentes, que permite entender el comportamiento de estos; sin dejar de considerar las características propias de esta etapa del desarrollo donde la vulnerabilidad, la presión de pares y la falta de conocimiento los puede llevar a tomar riesgos, entre los que se encuentra la actividad sexual insegura, favorecida por falta de habilidades para negociar el uso del condón y falta de acceso a servicios de Salud Sexual y Reproductiva. (5,10, 11, 12, 13, 14)

La mayor parte del apoyo empírico para el MTTC en adolescentes, ha sido el resultado de investigaciones sobre los cambios de conductas adictivas, como tabaquismo y drogas, pero también para promover hábitos de alimentación saludables y actividad física (6, 15,16).

Existen estudios sobre sexualidad en la adolescencia donde se utilizó el MTTC, principalmente en temas como iniciación sexual, toma de decisiones para una

sexualidad segura, uso del condón, prevención de VIH y uso de métodos anticonceptivos. (15, 16, 17, 18, 19,20).

El objetivo de este estudio es examinar la etapa del cambio en la cual se encuentran las adolescentes, describiendo la consejería basada en MTTC aplicada a adolescentes para el uso del condón.

MATERIAL Y MÉTODOS

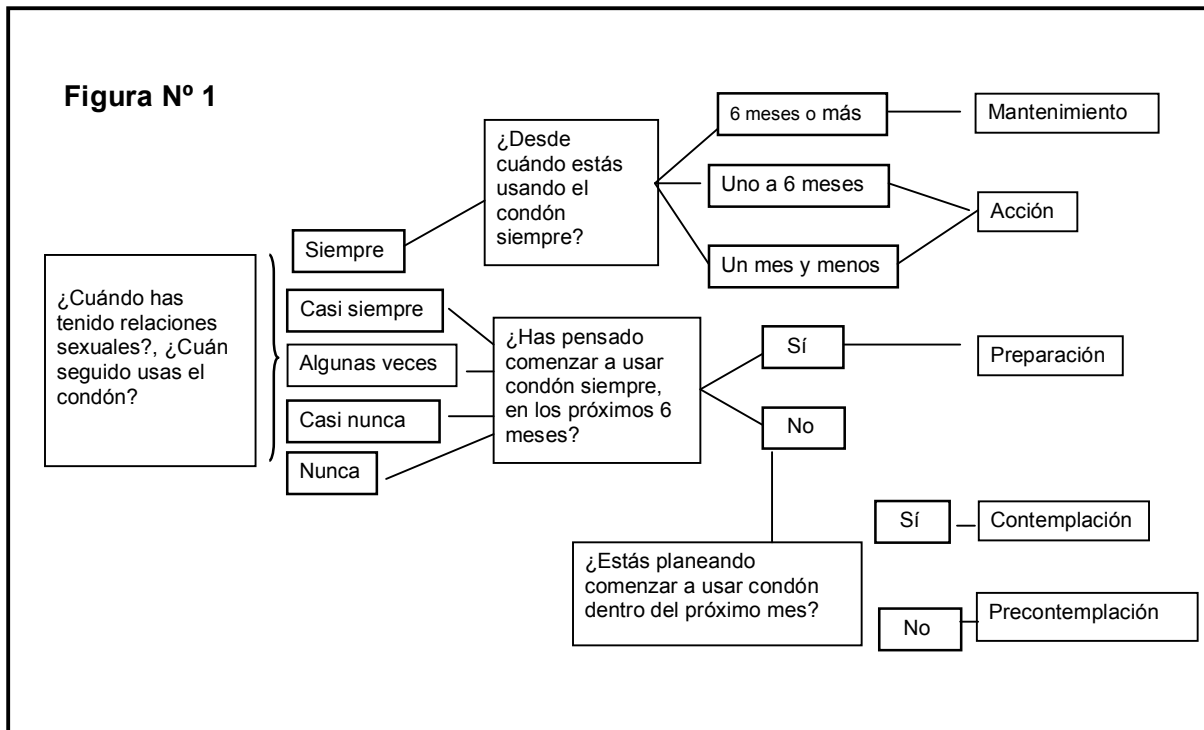
Desde Abril a Junio de 2009 se invitó a participar en sesiones de consejería sobre uso de condón y prevención de ITS a adolescentes mujeres, sexualmente activas cuyo motivo de consulta fuera uso de anticoncepción y que consultaran por primera vez en el Centro de Medicina y Desarrollo Integral de la Adolescencia, CEMERA, perteneciente a la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, que atiende principalmente adolescentes del área norte de la región Metropolitana.

La invitación a participar fue realizada por la asistente social del centro, ya que, es esta profesional quien realiza la primera entrevista de ingreso al centro. Aquellas adolescentes que aceptaron participar firmaron consentimiento informado y se les aplicó un instrumento que consistió en cuatro preguntas, el cual

tuvo por objetivo identificar en cuál de las cinco etapas del cambio para el uso del condón se encontraban, previo al inicio de la consejería. Dicho instrumento fue validado y traducido al español, (figura 1). Junto con esto se dejó agendada una cita para la primera sesión de consejería con matrona y otra cita con médico ginecólogo para inicio de anticoncepción.

En la primera sesión se completó información demográfica y de comportamiento sexual: edad, escolaridad, edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, experiencia con uso de condón, antecedente de infecciones de transmisión sexual y conocimiento sobre estas últimas.

Figura 1: Instrumento para la identificación del la etapa del cambio (Adaptado de Brown-Peterside P., CA Redding, Ren L., & Koblin BA, 2000)



RESULTADOS

De un total de setenta adolescentes que consultaron por inicio de anticoncepción durante el periodo, se invitó a la mitad a participar, de estas diecinueve aceptaron. Sin embargo nueve no se presentaron a la primera sesión de consejería. De estas adolescentes, tres asistieron solo a la primera atención con ginecólogo y luego discontinuaron los controles, las otras seis continuaron en controles regulares. Al identificar la etapa del cambio en que se encontraban estas adolescentes que no asistieron a la primera sesión, se encontró a una en etapa Precontemplativa, cinco en etapa Contemplativa, dos en etapa de Preparación, dos en etapa de Acción y ninguna en etapa de Mantenión.

En cuanto a las diez adolescentes que sí se presentaron a consejería, dos se encontraban en etapa Precontemplativa, ninguna en etapa Contemplativa, seis en etapa de Preparación, dos en etapa de Acción y ninguna en etapa de Mantenión.

Las sesiones de consejerías fueron realizadas durante las tardes, momento en el cual no se realiza atención clínica, ya que, dichas atenciones tanto del área biomédica como de salud mental se realizan durante la mañana.

Al inicio de cada sesión la consejera se presentó, haciendo referencia del tipo de trabajo que se realiza con los jóvenes en el centro y en qué consistía esta primera conversación. Luego se continuó con

preguntas abiertas, del tipo “¿Cual fue tu motivación para venir hoy?”, partiendo con este tipo de preguntas para tener una primera aproximación a la adolescente y poder generar una respuesta que entregara más información y que invitara a la adolescente a expresarse más allá de una respuesta dicotómica, en un ambiente acogedor, confidencial y privado. Luego se continuó con preguntas claves, desarrollando junto con esto técnicas de comunicación efectivas como el reflejo de emociones, la paráfrasis de frases, la clarificación, el cambio de roles, entre otras, con el fin de indagar en el patrón de conducta sexual y las emociones que le generaban a la adolescente temas como el uso de condón, la exposición al riesgo de ITS, conversar temas de sexualidad con la pareja, etc. De esta forma se obtuvo información acerca de creencias y conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA, además de creencias, ventajas, desventajas, barreras y experiencias previas con el uso del condón. Las sesiones duraron entre treinta a cuarenta minutos; al finalizar se tomaron compromisos consensuados que contribuyeran al avance en la etapa del cambio basal, como: iniciar una conversación sobre el uso del condón con la pareja, buscar más información sobre las ITS y sus consecuencias, usar el condón en la próxima relación sexual y enseñarle a la pareja su uso. Además se entregó material de apoyo como folletos informativos y preservativos previa demostración de la técnica de uso, dejándola invitada para volver. Se tomó nota durante y después de cada consejería. Las notas tomadas durante las entrevistas por la consejera fueron transcritas, organizadas y luego se clasificaron por temas, siendo revisadas por el grupo investigador.

En cuanto a datos demográficos, la edad de las participantes se encontró entre los 15 y 17 años, la edad de inicio de relaciones sexuales fue referida entre los 14 y 17 años, en relación al número de parejas sexuales, estas iban desde una a tres parejas, todas en contexto de relación de pololeo. La frecuencia sexual referida fue semanal, en un rango de una a cuatro veces por semana. En cuanto al tipo de experiencia sexual todas refirieron solo de tipo vaginal. En relación a la motivación para concurrir a consejería, se repitió en todas las adolescentes el querer conocer más sobre temas de sexualidad.

Las ITS nombradas como conocidas por las participantes fueron: VIH/SIDA, sífilis, gonorrea y herpes, siendo la más nombrada el VIH/SIDA.

Cinco de las adolescentes usaban ocasionalmente el condón como método anticonceptivo principalmente, y secundariamente para prevención de ITS; una adolescente nunca había usado condón, tres lo usaban ocasionalmente para prevención de ITS y una lo había usado en todas sus relaciones sexuales durante el último mes como método anticonceptivo principalmente. Las principales barreras para el uso del condón fueron la disponibilidad o dificultad para el acceso y la disposición negativa por parte de la pareja, también comentaron algunas percepciones sobre el uso del condón, como: *“las personas con conductas promiscuas son las que deben usar condón”*. Otra barrera para el uso del condón que fue nombrada, fueron las negativas referencias entregadas por amigos y amigas sobre su uso. En cuanto a la desventaja más nombrada del uso del condón por las adolescentes, fue reiterativa la disminución de la sensación placentera de las relaciones sexuales. Esta respuesta se encontró incluso en la adolescente que nunca había usado el condón. En cuanto a las ventajas la principal fue el aumento de la efectividad anticonceptiva, seguida de la prevención de ITS.

Se logró realizar tres sesiones de seguimiento, ya que las restantes adolescentes no volvieron. Pasados alrededor de cinco a siete meses desde la primera sesión de consejería se le aplicó nuevamente el instrumento, durante alguno de los controles por anticoncepción, para determinar movimiento en la etapa del cambio. Es así que cinco adolescentes avanzaron en las etapas, dos retrocedieron, dos se mantuvieron en la misma y una no volvió a control.

DISCUSIÓN

La mayoría de las adolescentes previo a la consejería se encontraban en etapas iniciales o intermedias, lo cual coincide con algunos estudios. Sin embargo, otros muestran que la mayoría de las y los adolescentes se encuentran en las etapas más avanzadas para el uso del condón y prevención de ITS, lo cual podría estar relacionado con las campañas de prevención realizadas en los países donde se desarrollaron dichos estudios, así como también las diferencias culturales y de percepción hacia el uso del condón. (7, 15,17)

En general las adolescentes participantes usan el condón como método anticonceptivo, previo al uso de píldoras o inyecciones anticonceptivas y no como estrategia de prevención de ITS. Este punto no fue discriminado por el instrumento, por lo tanto es difícil poder determinar si aquellas adolescentes que avanzaron en las etapas del cambio, usaban más el condón como forma de aumentar la efectividad del método anticonceptivo o para la prevención de ITS y VIH. Esto podría insinuar que es el embarazo la principal consecuencia no deseada del inicio de relaciones sexuales en estas adolescentes.

Otros estudios muestran que los adolescentes se encuentran en etapas más avanzadas para el uso de métodos anticonceptivos, que para el uso del condón y la prevención de ITS. Lo cual coincide, en cierta forma con lo explorado en este estudio, al encontrar menos adolescentes en etapas del cambio avanzadas para el uso del condón y sin embargo, todas querían iniciar algún método anticonceptivo (15). En cuanto a las razones para no usar condón, entregadas por las adolescentes, la disminución del placer sexual, es algo que coincide con otros estudios realizados en poblaciones similares, debiendo tenerse presente este tipo de respuestas cuando se planeen estrategias para la promoción del uso de condón. (21)

Dentro de las limitaciones de este estudio se encuentra la falta de participación de las parejas de las adolescentes, ya que, otros estudios muestran como factor predictor positivo de avances en las etapas del cambio el apoyo de la pareja para el uso del condón (8, 15,18). Otra de las dificultades fue no poder concretar en todas las adolescentes una segunda sesión de consejería, explicado entre otras razones por el horario destinado para su realización, ya que, al ser los controles por anticoncepción durante las mañanas, probablemente dificultó la concurrencia de las adolescentes a las sesiones de consejería, considerando que estas adolescentes en su mayoría asisten de forma confidencial, debiendo disponer de dos días para asistir al centro. Esta situación no fue problema en otros estudios donde este tipo de servicios de salud están disponibles dentro de los establecimientos educacionales. (7, 15,17)

Estos resultados pueden ser una primera aproximación a evaluar nuevas estrategias para el uso del condón en adolescentes. Próximos estudios deberán evaluar su real impacto en la adquisición de conductas de autocuidado en salud sexual y reproductiva incluyendo grupos de más riesgo, como adolescentes hombres que tienen sexo con hombres.

REFERENCIAS

1. *Sexta encuesta nacional de la juventud principales resultados 2009, Gobierno de Chile, INJUV.*
2. *Boletín N°4 Enfermedades de Transmisión Sexual Diciembre 2001, Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Comisión Nacional del Sida Área de Enfermedades de Transmisión Sexual*
3. *Ministerio de salud, Encuesta mundial de salud escolar, 2004, en línea, (acceso 25/6/2010), Disponible en, <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/EMSE/EMSE.htm>*
4. *One to one interventions to reduce the transmission of sexually transmitted infections (STIs) including HIV, and to reduce the rate of under 18 conceptions, especially among vulnerable and at risk groups, NICE public health intervention guidance, 2007, en línea, (acceso 25/6/2010), Disponible en <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11377/31899/31899.pdf>*
5. *Leal I., Consejería en salud sexual y reproductiva dirigida a adolescentes Cuad Méd Soc (Chile) 2008, 48 (2): 134-139*
6. *Prochaska J., The transtheoretical model of health behavior change, Velicer Wayne, American Journal of Health Promotion. 1997; Vol 12, p38-48.*
7. *Hulton L., The application of the transtheoretical Model of change to adolescent Sexual decision-making, Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 2001, Vol 24, p 95-115.*
8. *Omotayo Bolu, Is HIV/Sexually Trasmitted Disease Prevention Counseling Effective Among Vulnerable Populations? Lindsey Catherine, Sexually Transmitted Diseases, 2004, Vol 31, p.469-474*

9. Vega A. P., Maddaleno M., Mazin R.. *Proceso de consejería orientada a jóvenes*, Singleton M (Eds), *Modelo de consejería orientada a los jóvenes*, 1º OPS/OMS, 2005
10. Viner russell; MACFARLENE Aidan. *Health Promotion. BMJ (en línea)*, vol 330, 5 marzo 2005, p 527-529 (23 de noviembre de 2007), Disponible en: <http://bmj.com/cgi/content/full/330/7490/527#otherarticles>
11. Fairbrother Gerry, *Factores that adolescent reports of counseling by physicians on risky behaviour*, Scheinmann Roberta, *Journal of Adolescent Health*, 2005, vol 37, p 467 – 476
12. Stephens Mark., *Prentive Health Counseling adolescentes*, *Americane Family Physicians*, 2006, Vol.74, p 1151 – 1156
13. Rand C., *Preventive counselling at adolescent ambulatory visits*, Auinger Peggy, *Journal of Adolescent Health*, 2005, vol 37, p 87–93
14. Chambers Kathryn, *Safer sexual decision making in adolescent women: perspectives from the conflict theory of decision-making*, Rew Lynn, *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 2003, Vol 26, p 129–143
15. HACKER Karen., *Applying a transtheoretical behavioral change model to HIV/STD and pregnancy prevention in adolescent clinics*, Brown Elizabeth, *Journal of Adolescent Health*, 2005, vol 37, p 80 – 93
16. Adams J, White M, *Are activity promotion interventions based on the transtheoretical model effective? A critical review* *J Sports Med*, 2003;37:106–114
17. Wallace LM, *Informing School Sex Education Using the Stages of Change Construct Sexual Behaviour and Attitudes towards Sexual Activity and Condom Use of Children Aged 13–16 in England*, Evers Ke, *Journal of Health Psychology*, 2007, Vol 12, p, 179-183.
18. Jayasuriya R, *Male involvement in family planning in rural Vietnam: an application of the Transtheoretical Model* Owen N. *Health Educ Res*. 2003 Apr; 18(2):171-80
19. Morrison-beedy D., Michael P. Carey †, Brian P. Lewis, *Modeling condom-use stage of change in low-income, single, urban women*, *Res Nurs Health*. 2002 Apr;25(2):122-34
20. Grimley DM, Lee PA. *Condom and other contraceptive use among a random sample of female adolescents: a snapshot in time*. *Adolescence*. 1997 winter; 32(128):771-9.
21. Leyton C. y cols., *Uso del Preservativo en adolescentes nuligestas con uso de anticonceptivos hormonales*, *Rev SOGIA* 2006; 13 (1):16-24