
Cara a cara

**Guía para la
implementación
de un abordaje
preventivo
con principios
de la entrevista
motivacional**

Cara a cara. Guía para la implementación de un abordaje preventivo con los principios de la entrevista motivacional

Primera edición, 2013

D.R. © Fundación Mexicana para la Salud A.C.

México, D.F.

Impreso y hecho en México

Printed and made in Mexico

ISBN: 978-607-7897-13-2

Coordinación de contenidos: Hilda Pérez Vázquez, FUNSALUD

Revisión: Population Services International, PSI A.C.

Diseño editorial: Delné Arriaga Hidalgo

Este documento es parte del proyecto "Fortalecimiento de las estrategias de prevención y reducción de daños dirigidas a HSH, HSH/TS y personas UDI" financiado por el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria."

Disponible en www.funsalud.org.mx

Índice

Introducción	7
I. Objetivos.....	11
II. En qué consiste <i>Cara a Cara</i>	13
III. Elementos esenciales y principios.....	15
IV. Planeación y preparación.....	19
V. Procedimiento para implementar <i>Cara a Cara</i>	27
VI. Otros factores a considerar en la implementación	35
Acrónimos.....	39
Bibliografía.....	41

Introducción

La *Guía para la implementación de un abordaje preventivo con los principios de la entrevista motivacional*, en adelante *Cara a Cara*, es un documento que tiene como finalidad principal contribuir a la prevención del VIH enfocada a la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), hombres trabajadores sexuales (HTS) y personas trans (TTT).

La intervención de prevención *Cara a Cara* tiene el objetivo de motivar el cambio de comportamiento para que las poblaciones alcanzadas modifiquen conductas de riesgo por comportamientos saludables o menos riesgosos.

En *Cara a Cara*, se involucra a promotoras y promotores capacitados para que acudan a lugares donde asiste la población meta y sostengan conversaciones orientadas a explorar comportamientos y motivar cambios saludables con un enfoque centrado en la persona, en el que se hace énfasis en la responsabilidad y elección personal sobre las conductas.

Cara a Cara tiene sus bases teóricas en el Modelo de Etapas de Cambio¹, que reconoce que el comportamiento humano cambia y se da como un proceso; así como en la metodología de Entrevista Motivacional². Esta intervención fue adaptada por Population Services International (PSI), con la colaboración del Dr. Richard Elovich y la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), documentando resultados exitosos como el aumento de relaciones sexuales protegidas y la disminución de infecciones de transmisión sexual.

1. Mayor Martínez Luís y López Camps, Roque. El Modelo de Prochaska y DiClemente. C.S.V. Valencia 1998, Págs. 8 - 45.

2. Hettema, Jennifer; Steele, Julie; Miller, William R. Entrevista motivacional, en Revista Toxicomanías no. 52 Departamento de Psicología, Universidad de Nuevo México, Albuquerque, Nuevo México, 2008

Esta guía metodológica se elaboró en el marco del proyecto, *Fortalecimiento de las estrategias nacionales de prevención y reducción de daños dirigidos a HSH, HSH/TS, HSH/TTT y UDI, de ambos sexos* (México VIH/SIDA Ronda 9), financiado por el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, que tiene como objetivo general reducir la incidencia de infección por VIH en las poblaciones de mayor riesgo en México.

Este documento es sobre todo una sistematización de información a la que se le ha dado una estructura desde un enfoque operativo. Los contenidos reflejan la experiencia documentada por PSI México en la *Guía para la Implementación de Intervenciones Cara a Cara utilizando principios de la Entrevista Motivacional* que prepararon Ricardo Pulido, Juan Garduño y Ricardo Román en el marco del *Inventario Histórico de Estrategias de Prevención*. También recoge información obtenida en los talleres de capacitación sobre esta intervención que impartió Ricardo Pulido para personas promotoras y supervisoras de intervenciones de prevención del proyecto México VIH/SIDA Ronda 9.

La Guía está dirigida a personas comprometidas con la prevención del VIH y las ITS que desean implementar intervenciones de prevención enfocadas a poblaciones específicas y con evidencia documentada de buen funcionamiento. Es necesario enfatizar que esta guía no sustituye, de ninguna manera, los procesos de capacitación y formación que deben tener las personas implementadoras de la intervención, sino que está totalmente vinculada a esos procesos, por lo que se tiene que considerar como una herramienta complementaria que fortalece el proceso de aprendizaje iniciado con la capacitación. Es decir, constituye un apoyo pedagógico y una herramienta de consulta que brinda, de manera sistematizada, los pasos metodológicos e información necesaria para poder replicar la intervención en el campo.

La guía se estructura en seis secciones: en la primera sección se establecen los objetivos de la guía metodológica y se diferencian de los objetivos de prevención que persigue la intervención. En la segunda sección se explica en qué consiste *Cara a Cara* y cuáles son sus antecedentes. En la sección tres, se plantean los elementos esenciales que deben conservarse y los principios que deben de seguirse

para implementar correctamente *Cara a Cara*. Las acciones de preparación y planificación se explican en la sección cuatro y el procedimiento de implementación en la sección cinco. Finalmente, la sección seis se dedica a abordar otros factores clave de la implementación, como son los recursos, la calidad, las normas y el monitoreo.

Se espera que esta guía responda a las necesidades de apoyo técnico y consulta que requieren las personas involucradas en la implementación de la intervención y que este documento contribuya a su éxito en el trabajo de campo.

I. Objetivos

Esta guía metodológica tiene como objetivo:
Brindar de forma sistematizada los conocimientos y herramientas para la realización de un abordaje preventivo con los principios de la entrevista motivacional.

Objetivos de la intervención

Objetivo general:

Motivar comportamientos saludables o de menor riesgo para adquirir el VIH en las poblaciones clave.

Población a la que se dirige:

Cara a Cara puede ser implementada con personas Usuarías de Drogas Inyectables (UDI), Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH), Hombres Trabajadores Sexuales (HTS) y Travestis, Transgénero y Transexuales (TTT).

II. En qué consiste *Cara a Cara*

C*ara a Cara* es una intervención de prevención de la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), cuyo propósito es el cambio de comportamiento. Durante la intervención se utiliza el cuestionamiento estratégico y la retroalimentación con un enfoque centrado en la persona, que hace énfasis en la elección personal y en la responsabilidad para decidir una conducta futura. Esta intervención reconoce que algunos comportamientos son especialmente resistentes al cambio, por lo que adopta un enfoque de Reducción del Daño (RD) que considera que las conductas de riesgo son un elemento natural de nuestro mundo, en donde la labor de la persona implementadora se centra en reducir al mínimo los efectos nocivos de esas conductas en vez de obsesionarse en su desaparición.

Cara a Cara tiene sus bases en dos modelos teóricos:

- » El Modelo Etapas de Cambio³, que reconoce que el comportamiento humano cambia y se da como un proceso, es frecuentemente usado en salud pública para motivar los cambios de comportamiento y promover conductas más saludables. El Modelo Etapas de Cambio adopta un enfoque centrado en la población, haciendo énfasis en la elección personal y en la responsabilidad para decidir una conducta futura, siendo el componente motivacional la estructura base que sustenta la intervención.
- » La metodología de intervención breve centrada en la persona, que fundamentalmente ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o hábito insano, para motivar cambios hacia estilos de vida más saludables. Este modelo lleva por nombre Entrevista Motivacional⁴.

3. Mayor Martínez Luís y López Camps, Roque. Op cit.

4. Hettema, Jennifer; Steele, Julie; Miller, William R.; Op. cit.

En un estudio realizado en 2008 por Thomas Patterson⁵ con trabajadoras sexuales en las ciudades de Tijuana y Ciudad Juárez, se utilizaron los principios de la Entrevista Motivacional para aumentar la motivación para la práctica del sexo seguro. Se trabajó en cuatro áreas principales:

- » motivación para la práctica del sexo seguro;
- » barreras para la utilización del condón;
- » técnicas de negociación, y
- » apoyo social.

El estudio arrojó una disminución del 40% en las enfermedades de transmisión sexual, un aumento en el porcentaje de actos sexuales protegidos y la disminución de actos sexuales desprotegidos. También se comprobó que el principal motivador para el cambio es el deseo de proteger su salud, lo que demuestra la importancia de la motivación para el cambio de comportamiento.

Population Services International - México (PSI México), con la colaboración del Dr. Richard Elovich y posteriormente en colaboración con la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), tomó las bases teóricas de las entrevistas motivacionales y las adaptó con el fin de utilizarlas en los lugares de reunión de las poblaciones más vulnerables al VIH.

Tradicionalmente las entrevistas motivacionales se implementan en un lugar específico, donde la persona acude voluntariamente, pero se trabajó en una adaptación para que la metodología pudiera ser implementada en los lugares de reunión de la población, siendo las personas promotoras las que se acercan al lugar de reunión.

A través de la intervención piloto realizada en 2010 por PSI México, se observó que no es recomendable aplicar esta intervención de prevención en lugares muy concurridos, en donde el ruido entorpece el flujo de la comunicación entre promotores y población.

Asimismo, se sugiere abstenerse de aplicar la intervención cuando la población se encuentra en un estado inconveniente por abuso de drogas o alcohol.

La metodología adaptada por PSI México actualmente se está evaluando en Hermosillo, Sonora, y Ecatepec, Estado de México.

5. Patterson, Thomas L., et al. *Mujer Segura. Healthy Woman. An HIV Prevention program for female sex workers.* University of California San Diego, La Jolla, CA, USA, 1^o edition 2008

III. Elementos esenciales y principios

Los elementos esenciales son la base para obtener resultados positivos, medibles y cuantificables.

La intervención *Cara a Cara* prioriza la relación entre la persona promotora y la persona de la población meta como el centro de los elementos esenciales, pues considera que la forma en que se da esta relación puede ser tan importante – o más importante – que la intervención misma. También considera que la relación promotor–población en las primeras intervenciones predice la permanencia y el resultado posterior. De esta forma, la intervención de prevención *Cara a cara* establece tres elementos esenciales:

- » **Empatía adecuada.** Implica una actitud de escucha concreta que clarifica y amplía la experiencia propia y el significado que le da cada miembro de la población, sin que la persona educadora se imponga. *Cara a cara* considera que el grado de empatía mostrado durante el proceso determina el éxito de la intervención.
- » **Calidez no posesiva.** Se refiere a la expresión libre por parte de la población y al respeto de la dignidad e individualidad de cada persona por parte de quien realiza la intervención.
- » **Autenticidad.** Es el conjunto de actitudes y conductas con que cuenta cada persona que realiza la intervención. Es decir, la espontaneidad (siempre con respeto y tacto hacia las personas con las que se está trabajando) durante el proceso de comunicación.

Además, con el propósito de motivar el cambio de comportamiento, *Cara a Cara* establece cinco principios:

Expresar empatía

Es la capacidad de las personas promotoras de responder a los puntos de vista de la población de una manera comprensiva, integral y válida dentro del punto de vista de la población. Expresar empatía es importante porque una relación de aceptación y respeto construye un vínculo y fomenta la autoestima de la población. Expresar empatía implica un cierto grado de solidaridad emocional y un compromiso por buscar comprender los pensamientos y emociones. Para construir empatía es útil preguntarse ¿Cómo me sentiría yo en sus circunstancias? ¿Cómo le transmito que lo comprendo?

Crear una discrepancia

Se refiere a establecer y potenciar, en la mente de la población, una diferencia entre la conducta actual y unos objetivos más amplios. La población, y no la persona promotora, debe ser quien dé las razones que tiene para cambiar. Mediante la discrepancia se logra que la persona reconozca dónde se encuentra y dónde querría estar respecto al hábito o conducta a modificar. Identificar lo que genera incomodidad, duda y/o conflicto, es un fuerte motor para el cambio. Para crear discrepancia, es importante que la persona de la población meta verbalice en qué no está de acuerdo.

Evitar la discusión

En *Cara a Cara* los cambios no se trabajan desde la confrontación. La situación menos deseable es que la persona promotora discuta con la población para vencerla de que tiene un problema y necesita cambiar.

Trabajar la resistencia

Las personas promotoras reconocen que las percepciones de cada individuo pueden cambiar y los nuevos puntos de vista se sugieren, no se imponen.

Fomentar la autoeficacia

Esta intervención asume y fomenta que la población es responsable de escoger y llevar a cabo un cambio personal. Si se logra que la persona crea en la posibilidad de cambiar, esto es un factor motivacional importante que influye en la capacidad de iniciar una nueva conducta y mantenerla. Desde este principio, las personas de la población meta son responsables de escoger y realizar el cambio y las personas promotoras les brindan las herramientas sobre cómo hacerlo.

Para llevar los principios a la práctica, habrán de realizarse acciones específicas para cada uno de ellos:

Principio	Acciones / estrategias
Expresar la empatía	Reflejos verbales, reflejos no verbales, parafraseo
Crear la discrepancia	Marcar diferencias entre su conducta actual y sus planes a futuro
Evitar la discusión	No usar etiquetas, no defender argumentos, evitar el papel de salvador
Darle un giro a la resistencia	Cambiar percepciones, hacer sugerencias, evitar imposiciones
Fomentar la autoeficacia	Evitar el desconsuelo, la desmoralización, sembrar en la población la idea del cambio

IV. Planeación y preparación

Elegir a la población con la cual se va a trabajar

En el proyecto México VIH/SIDA Ronda 9, se promueve la implementación de *Cara a Cara* en las poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres, hombres trabajadores sexuales, travestis, transgénero y transexuales.

Cada una de estas poblaciones tiene similitudes pero también diferencias, y los comportamientos y motivaciones de cambio pueden ser muy diferentes entre sí, por lo que no se recomienda trabajar con todos los grupos a la vez. En cambio se recomienda decidir con qué subgrupo de población se va a trabajar la intervención, es decir, cuál será la población meta específica.

Determinar las prioridades de la población

Una vez que se decidió con qué población específica implementar *Cara a Cara*, es necesario caracterizar a la población y profundizar en el conocimiento de las prioridades de prevención de ésta.

Para realizar esta determinación, se pueden utilizar las siguientes preguntas:

- » ¿Cuál es la situación socioeconómica de la población meta?
- » ¿Cuáles son las principales preocupaciones de la población meta?
- » ¿Cuáles son las necesidades de la población meta?
- » ¿Qué comportamientos de riesgo es prioritario abordar?
- » ¿Qué intervenciones se han implementado antes, dónde y con qué resultados?

Para responder estas preguntas puede hacer revisión documental de estudios y reportes de proyectos y/o consultas a la población meta mediante entrevistas, grupos focales, cuestionarios o encuestas.

Definir o establecer conductas meta

El desarrollo de conductas meta no es tarea fácil, requiere perseverancia y mucha consistencia en los mensajes, así como una planeación adecuada para ir modelando progresivamente los comportamientos deseados. A continuación se enlistan las conductas meta para cada tipo de población que se promueve abordar en el proyecto México VIH/SIDA Ronda 9:

HSB	HTS	TTT
<ul style="list-style-type: none"> » Detección y atención de ITS » Prevención de ITS » Prevención, detección y/o atención de VIH/SIDA » Uso de lubricante a base de agua con condón » Uso correcto y consistente del condón » Reducción del daño en sexo no protegido 	<ul style="list-style-type: none"> » Detección y atención de ITS » Prevención de ITS » Prevención, detección y/o atención de VIH/SIDA » Uso de lubricante a base de agua con condón » Uso correcto y consistente del condón » Reducción del daño en sexo no protegido 	<ul style="list-style-type: none"> » Prevención de afecciones a la salud por hormonización » Conocimiento y defensa de sus Derechos Humanos » Reducción del daño en sexo no protegido » Uso de lubricante a base de agua con condón » Uso correcto y consistente del condón

Es importante mencionar que algunas conductas meta recomendadas pueden ser utilizadas para más de una población o incluso para todas, en este sentido el equipo involucrado en la implementación deberá determinar las prioritarias para la población.

Selección y capacitación de personas promotoras

En *Cara a Cara*, las personas promotoras pueden ser, pero no necesariamente tienen que ser, parte del mismo grupo que la población meta elegida.

Para esta intervención, las y los promotores deben cumplir el siguiente perfil:

- » Estar altamente sensibilizados con las poblaciones clave con las que se implementará la intervención
- » Experiencia en trabajo de campo con las poblaciones clave
- » Apertura y flexibilidad para trabajar nuevas intervenciones
- » Capacidad de escucha y empatía
- » Capacidad de análisis
- » Habilidad para promover y respetar la toma de decisiones
- » Capacidad para tratar a otros con calidez y respeto
- » Facilidad para plantear preguntas estratégicas
- » Capacidad para mantener la confidencialidad

Las personas promotoras no necesariamente deben responder al perfil de terapeuta como originalmente plantean las entrevistas motivacionales.

La principal tarea de las personas promotoras es aumentar la probabilidad de que la población siga acciones concretas cuyo objetivo sea el cambio de comportamiento. Para desarrollar eficientemente su papel, las y los promotores requieren recibir una capacitación que aborde:

- » En qué consiste *Cara a Cara*
- » Cuáles son los elementos esenciales y principios de la intervención
- » Cuáles son los comportamientos prioritarios en el abordaje de la población
- » Habilidades para usar las cinco estrategias básicas durante el abordaje
- » Las etapas de cambio
- » Los mecanismos de reporte y supervisión

Ya antes se habló acerca de en qué consiste la intervención, cuáles son sus elementos esenciales y principios, así como los comportamientos prioritarios.

A continuación se desarrollan los contenidos sobre las cinco estrategias que emplea la intervención y las etapas de cambio.

Cinco estrategias básicas durante el abordaje

Cara a cara, plantea cinco estrategias básicas que se explican a continuación:

1. **Hacer preguntas abiertas.** Plantear a la población meta preguntas que no se pueden responder con un “sí” o con un “no”. Las preguntas contestadas con un “sí” o un “no” no estimulan a las personas a explorar profundamente en sus asuntos y dejan a las personas en un estado pasivo que no propicia la creatividad. En cambio, las preguntas abiertas son preguntas que permiten más de una respuesta y por lo tanto facilitan profundizar en los temas y generar opciones; por lo regular comienzan con: ¿Qué...? ¿Quién...? ¿Dónde...? ¿Cuál...? ¿Cuánto...? ¿Cuándo...? ¿Cómo...? ¿Por qué...?

2. **Usar reflejos verbales, físicos y emocionales.** Dentro de los reflejos verbales se encuentra el parafraseo, que significa verificar o decir con las propias palabras lo que la población acaba de decir. Es importante en la intervención ya que ayuda a comprender lo que el otro está diciendo y permite verificar si realmente se está entendiendo y no malinterpretando lo que se dice. Un ejemplo de parafrasear puede ser: “Entonces, según veo, lo que pasaba era que...”, “¿Quieres decir que te sentiste...?”, “lo que quieres decir es que...”. En cuanto a los reflejos físicos, es importante observar las posturas corporales de la población, ser sensible a ellas y no adoptar posturas físicas que obstaculizan la comunicación y establecen inequidad de poder, por ejemplo, no permanecer de pie si la persona de la población está sentada y mejor optar por una postura física similar o igual. También son reflejos físicos la expresión facial de atención y el espacio adecuado entre las personas (ni distancia excesiva, ni cercanía excesiva). Los reflejos emocionales consisten en decir frases que muestran sentimiento o emociones, por ejemplo, “te veo un poco triste”; “parece que esto que hablamos te emociona”.

3. Brindar frases de aprecio y comprensión. Las frases de aprecio y comprensión son motivadoras porque aportan seguridad y confianza a la persona. Las siguientes son ejemplo de frases de aprecio y comprensión:

- › Parece que eres una persona realmente positiva
- › Es increíble que siempre encuentres el lado bueno de las cosas
- › Ésa es una buena sugerencia
- › Veo que pones mucho empeño

4. Provocar afirmaciones auto motivadoras. En este tipo de abordajes, se busca que la población identifique y exprese las razones para cambiar. La tarea de la persona promotora es facilitar la expresión y concientización de la población de estas razones. Se logra que la población plantee afirmaciones auto motivadoras cuando:

- › Reconoce una o más conductas de riesgo
- › Expresa preocupación por su conducta y/o sus consecuencias
- › Expresa intención directa o implícita de cambiar
- › Expresa optimismo
- › Se le generan dudas o comentarios

5. Resumir. Es una devolución de los aspectos más importantes que se abordan en la interacción con las personas de la población meta. El resumen o restitución reúne material que se comentó a lo largo de la intervención y a partir de las ideas de la persona se devuelve lo más importante, lo que favorece la comprensión y retención. Se recomienda utilizar esta estrategia de manera periódica durante el abordaje.

Las cinco estrategias se usan durante toda la interacción con las personas alcanzadas, por lo que es importante que las y los promotores logren un buen dominio de estas habilidades para ponerlas al servicio de la intervención y de la motivación del cambio. Las estrategias se emplean tanto para llevar a la práctica los principios de la intervención (expresar empatía; crear discrepancia; evitar la discusión; trabajar la resistencia y fomentar la autoeficiencia), como para explorar

las etapas de cambio (pre contemplación; contemplación; determinación; acción; mantenimiento, y recaída).

Para lograr habilidades sólidas en el manejo de las cinco estrategias, no basta conocerlas de forma teórica; se sugiere que al capacitar a las personas promotoras se realicen suficientes ejercicios prácticos, que pueden basarse en situaciones reales o ficticias, en los que las personas en proceso de capacitación tengan oportunidad de incrementar su habilidad para usar las cinco estrategias y reciban retroalimentación.

Por ejemplo, es posible hacer ejercicios prácticos utilizando estudios de caso que plantean una situación y organizar juegos de roles de conversaciones que utilicen las cinco habilidades. A continuación se proporcionan dos ejemplos de estudio de caso:

EJEMPLO:

Chantal es una mujer transgénero que ejerce el trabajo sexual ocasionalmente. Desde hace 7 años vive con VIH, y siempre usa el condón para penetrar o ser penetrada. Sin embargo, en algunas ocasiones ha llegado a dejar de usar el condón, especialmente a finales de mes cuando se acerca el pago de la renta y debe conseguir dinero rápidamente.

EJEMPLO:

Kevin es un chico gay de 23 años de edad que frecuenta los baños de vapor todos los fines de semana y le encantan las discotecas que tienen cuarto oscuro. Es amante de las redes sociales y le gusta contactar chicos por ese medio. En general le encanta el sexo ocasional. Durante el último mes tuvo sexo con 35 chicos.

Modelo de etapas de cambio

Es un modelo teórico que contribuye a entender el comportamiento humano. Sirve como guía para ordenar el trabajo de una intervención, dado que el comportamiento humano es complejo y al presentar un entendimiento estructurado de éste, hace posible identificar logros y retrocesos, así como orientar para reforzar o avanzar.

El modelo de etapas de cambio, conocido formalmente como *Modelo Trans-teórico* fue propuesto por Prochaska y DiClemente⁶. Reconoce que el comportamiento humano cambia y se da como un proceso, por lo que es frecuentemente usado para motivar cambios de comportamiento más saludables.

El modelo de etapas de cambio describe el comportamiento como una serie de pasos hasta alcanzar la conducta deseada; las etapas de cambio son las siguientes:

Pre contemplación. Es cuando una persona no tiene ningún interés en adoptar un nuevo comportamiento o cuando no identifica riesgo alguno que le motive a adoptar un nuevo comportamiento.

Contemplación. La persona identifica los riesgos de mantener un comportamiento o comienza a identificar los beneficios de adoptar un nuevo comportamiento.

Preparación. Cuando la persona tiene una firme intención de adoptar un nuevo comportamiento en el futuro inmediato y comienza a identificar acciones para hacer el cambio.

Acción. La persona adopta un nuevo comportamiento y lo implementa durante un periodo de seis meses.

Mantenimiento. La persona ha realizado el nuevo comportamiento durante más de seis meses y toma medidas para evitar una regresión (o una recaída) al comportamiento anterior.

Regresión. En cualquiera de las etapas, la persona puede regresar hacia una etapa anterior. Esto es muy común y no debe ser considerado como un fracaso.

6. Etapas de cambio. Modelo de comunicación para el cambio de comportamiento. Presentación pp, Population Services International, México 2012.

V. Procedimiento para implementar *Cara a Cara*

C*ara a Cara*, establece un procedimiento de doce pasos para implementar esta intervención. A continuación se explica cada uno de ellos.

1. Elegir la población con la cual se va realizar la intervención

Una intervención es más exitosa cuando se enfocan los esfuerzos para realizar la estrategia en una sola población. Esto facilita tener mayor claridad sobre las características principales del grupo o sub grupo de población, así como de sus necesidades y dinámica de vida. En el proyecto VIH/SIDA Ronda 9, se invita a que cada iniciativa comunitaria que implemente *Cara a Cara* lo haga con uno sólo de los siguientes grupos: a) hombres gay; b) hombres que tienen sexo con hombres que realizan trabajo sexual; c) hombres que no se consideran gay pero que reconocen tener relaciones sexuales con otros hombres, y d) personas TTT que se dedican o no al trabajo sexual.

2. Informarse sobre los sitios donde asiste la población con la cual se trabajará

Una vez que se decidió el grupo meta para implementar *Cara a Cara*, el siguiente paso es identificar los sitios donde esta población se reúne. Los lugares pueden ser variados. Por ejemplo, parques, escuelas, hoteles, baños, saunas, antros, estaciones de transporte público, sitios de intercambio sexual, etc.

No es necesario limitarse a un solo lugar, pueden elegirse uno o más lugares para alcanzar a la población; todo dependerá de las metas que se establezcan. Si las metas de alcance son altas, es mejor programar más lugares de intervención. Es muy importante visitar el o los lugares elegidos para intervenir y realizar observaciones sobre la dinámica del lugar (horarios de mayor afluencia, seguridad, interacción con otras poblaciones, comportamientos de riesgo, etc.).

3. Averiguar la hora más apropiada para realizar la intervención

La hora más apropiada varía de acuerdo al lugar y a la dinámica que se da. Lo ideal es elegir horarios en los que la población está disponible; cuando tienen menos ocupaciones o menos factores distractores, de modo que es más factible que presten atención a las y los promotores. Independientemente de la hora que se decida o acuerde con las personas de la población, es necesario avisar a quien coordina la implementación, para que se pueda contar con apoyo en caso de alguna contingencia.

En el momento de conocer y elegir los sitios de encuentro, es importante tomar en cuenta:

- » No correr riesgos innecesarios
- » No acudir a lugares de encuentro cuando se sabe que a esa hora es muy peligroso
- » No regresar a un lugar cuando el encargado o líder ya advirtió a la persona promotora que no les interesa su trabajo de prevención

4. Considerar que la actividad se realizará con un mínimo de una persona

Cara a Cara es una intervención que está diseñada para dos personas, el o la promotora y la persona de la población meta que la recibe. Esta intervención no es grupal. Si por cualquier circunstancia se une otra persona, lo ideal es que sea canalizada con otro/a promotor/a.

5. Tomar en cuenta que el tiempo máximo recomendable es de una hora

Cara a Cara es una intervención breve. En realidad, por el tiempo disponible de las personas, la mayoría de las intervenciones pueden durar entre 10 y 15 minutos. Una hora es el tiempo máximo cuando es la persona de la población meta la que tiene necesidad de hablar y profundizar en el análisis de su comportamiento.

6. Presentación

Si la intervención se implementa en un lugar cerrado, es necesario presentarse con el encargado o propietario del lugar, para explicarle el objetivo de las intervenciones, solicitar su apoyo para trabajar en el lugar, acordar posibles reglas de trabajo y poner fecha a la primera actividad. También se recomienda averiguar si es necesario llevar una carta o alguna identificación, al momento de realizar las actividades.

Si la intervención se implementa en un lugar abierto, la presentación se hace directamente con la población meta.

7. Observar el lugar

Buscar el punto de reunión de la población objetivo es fundamental, tanto para identificar a quienes pueden recibir la intervención, como para saber, dentro de ese espacio, cuál es el mejor lugar donde pueden hablar sin interrupciones.

8. Determinar características específicas de la población

En la implementación en lugares cerrados, este paso consiste en platicar con el encargado o dueño del lugar, quién será un informante clave para conocer el perfil de la población con la que se piensa trabajar, edad, nivel socioeconómico, escolaridad, ciudad de origen y otras características que se consideren relevantes.

En el caso de que la intervención se implemente en lugares abiertos, el conocimiento de características específicas de la población se hace directamente con las personas del grupo de interés. Platicando con ellas se determina su perfil y si la población es móvil o es fija.

9. Realizar la actividad o intervención breve con la población meta

Este paso y el siguiente, son la esencia de la intervención. Es el momento en que las y los promotores interactúan con personas de la población meta para analizar su comportamiento y facilitar que se motiven a implementar cambios saludables, utilizando en todo momento los principios, las cinco estrategias y la teoría de las etapas de cambio. Las conversaciones con la población se pueden repetir en varias y diferentes ocasiones para facilitar que la persona alcanzada transite por las diferentes etapas de cambio. De acuerdo a la experiencia de PSI México, los cambios sostenibles ocurren en promedio en un tiempo de seis meses.

Las tareas de este paso comprenden:

- a. Estimular a que la población sea la que más hable. Empezar con la estrategia de preguntas abiertas, parafraseo y reflejos.
- b. Escuchar reflexivamente ya que es la forma en que las y los promotores podrán responder a lo que dice la población.
- c. Ubicar la etapa de cambio en la que se encuentra la persona (este paso se explica con más detalle en el siguiente apartado).
- d. Utilizar la tarea motivacional apropiada.
- e. Hacer afirmaciones, realizar comentarios positivos y frases de aprecio y comprensión.
- f. Resumir para confirmar que ha escuchado con atención. Preparar a la población para seguir progresando.
- g. Utilizar el material recomendado para la etapa de cambio.
- h. Provocar afirmaciones automotivadoras.
- i. Despedida.

10. Ubicar la etapa de cambio en la que se encuentra la persona de la población meta

Las expresiones verbales de la persona sobre su propio comportamiento permiten identificar en qué etapa de cambio se encuentra. La tarea de la persona promotora es que, de acuerdo al discurso de la población, logre ubicar correctamente la etapa de cambio. Una vez que se determina en qué etapa está la persona, es necesario facilitar que la persona avance por las etapas para llegar al cambio de comportamiento, para lo cual se utilizan las tareas motivacionales, preguntas clave y material de apoyo. A continuación se describen las tareas a realizar por las y los promotores para cada etapa.

Etapas de Cambio	Tareas motivacionales de las y los promotores	Preguntas clave	Materiales
<p>Precontemplación.</p> <p>Es cuando una persona no tiene ningún interés en adoptar un nuevo comportamiento o cuando no identifica ningún riesgo que le motive a adoptar un nuevo comportamiento.</p>	<p>Aumentar la duda.</p> <p>Aumentar la percepción del riesgo, es decir, mostrar que determinada conducta representa peligro y por lo tanto trae consecuencias personales.</p> <p>Retroalimentar a la persona alcanzada.</p>	<p>¿Qué consecuencias podría tener no realizar determinada conducta?</p> <p>¿Qué prácticas pueden ser más peligrosas?</p>	<p>Cuestionario sobre conductas de riesgo más recurrentes.</p> <p>Cuestionario que ubique a la persona dentro de un comportamiento y que le permita visualizar su situación.</p>
<p>Contemplación.</p> <p>La persona identifica los riesgos de mantener un comportamiento o comienza a identificar los beneficios de adoptar un nuevo comportamiento.</p>	<p>Ambivalencia.</p> <p>Cambiar la balanza a favor del cambio saludable.</p> <p>Fomentar la autoeficacia, que es el convencimiento en la capacidad para tomar acciones para reducir el riesgo, aún en situaciones difíciles.</p>	<p>¿Qué haces para protegerte?</p> <p>¿Qué ventajas puede traer determinada conducta?</p>	<p>Material impreso que enliste las consecuencias de una determinada conducta de riesgo que se quiera modificar.</p> <p>Lista con los beneficios o ventajas de realizar la conducta saludable.</p>
<p>Preparación o determinación.</p> <p>Cuando la persona tiene una firme intención de adoptar un nuevo comportamiento en el futuro inmediato y comienza a identificar acciones para hacer el cambio.</p>	<p>Ayudar a la población a determinar el mejor curso de acción que hay que seguir para conseguir el cambio.</p> <p>Dar sugerencias y consejos.</p>	<p>¿Cómo podrías realizar determinada conducta?</p> <p>¿Qué acciones te funcionarían?</p>	<p>Material impreso del uso correcto de insumos preventivos.</p> <p>Producto (Condón, lubricante a base agua, etc.).</p>

Etapas de Cambio	Tareas motivacionales de las y los promotores	Preguntas clave	Materiales
<p>Acción.</p> <p>La persona adopta un nuevo comportamiento.</p>	<p>Atacar la ambivalencia.</p> <p>Sucede cuando la persona está consciente de los beneficios que puede traerle el cambio de conducta e intenta cambiar su estilo de vida, adoptando un nuevo comportamiento. La persona tiene la creencia firme de que las acciones tomadas son efectivas para protegerse.</p>	<p>¿Qué necesitas para realizar la conducta?</p> <p>¿Qué haría más fácil la realización de la conducta?</p>	<p>Material impreso del uso correcto de insumos preventivos.</p> <p>Producto (Condón, lubricante a base agua, etc.).</p>
<p>Mantenimiento.</p>	<p>Evitar la recaída.</p> <p>Refuerza la conducta deseada para que no haya recaída.</p>	<p>¿Qué ventajas has notado al realizar la conducta?</p> <p>¿Cómo te sientes cuando realizas la conducta?</p>	<p>Material promocional y suministro de insumos preventivos e insumos reductores de riesgo.</p> <p>Promocional que refuerce el uso del producto.</p>
<p>Recaída.</p> <p>En cualquiera de las etapas, la persona puede regresar hacia una etapa anterior. Esto es muy común y no debe ser considerado como un fracaso.</p>	<p>Evitar el desconsuelo.</p> <p>Ayudar a la población a renovar constantemente el proceso.</p>	<p>¿Qué cosas te hacen pensar que no necesitas la conducta?</p> <p>¿Qué sucedió para dejar de hacer la conducta?</p>	<p>Material impreso que enfatice beneficios de la conducta lograda y que a su vez motive a la población para mantenerse en una etapa.</p>

Las personas promotoras deberán ubicar la etapa de cambio en la que se encuentra cada una de las personas de la población meta alcanzada y determinar si son distintas o hay una etapa en común, con la finalidad de preparar la intervención de la próxima visita y en un momento dado considerar otras actividades.

También es fundamental reconocer que el comportamiento humano es complejo y que no podremos motivar a todas las personas a adoptar todo el tiempo comportamientos más saludables. Cualquier conducta que ayude a reducir los riesgos de la población meta con la que se está trabajando, debe ser reconocida como un logro.

11. Anotar las observaciones del lugar

Es el registro de observaciones sobre la persona y el lugar. Se registra a qué punto se llegó en la intervención para darle continuidad en una siguiente visita. Es importante no dejarlo a la memoria pues puede pasar mucho tiempo o abordar a otras personas y es mejor no confundir u olvidar la información.

12. Llenar los formatos del reporte de intervención

Es la evidencia documental que presenta la persona promotora para el seguimiento y evaluación. Es muy importante registrar correctamente para evitar problemas en la validación de la información.

VI. Otros factores a considerar en la implementación

Recursos necesarios

Equipos de trabajo. Es necesario formar un equipo de personas promotoras comprometidas a usar los principios de la intervención, que serán responsables directos del trabajo con la población meta. Se requiere de una persona para las funciones de supervisión, quien se encarga de monitorear la intervención, retroalimentar a las y los promotores y brindarles soporte en aspectos administrativos y de planeación. Además se requiere de una persona capacitadora, cuya tarea principal es suministrar las habilidades para la apropiada implementación.

Espacio para reunión. Es necesario tener acceso a un espacio propio o prestado, que será el lugar en donde se reúnen las personas del equipo para la capacitación y seguimiento.

Insumos de prevención. Siempre que se busca promover una conducta meta resulta importante contar con el material necesario; por ejemplo, condones y lubricantes, o material de inyección en el caso de trabajo con UDI.

Material informativo. Es deseable contar con material impreso que haga referencia a la etapa de cambio que se busca reforzar o implementar.

Políticas y normas

Para la correcta implementación de *Cara a Cara*, es necesario guardar parámetros de respeto y cuidado a la población. Entre lo más relevante está:

Confidencialidad. En la mayoría de los casos será necesario obtener algunos datos personales de la población para fines de monitoreo, mismos que permitirán determinar el grado de avance de los indicadores. Toda información recabada durante las intervenciones debe tratarse de manera absolutamente confidencial.

Seguridad de la información. Toda la información recabada durante las intervenciones será documentada en formatos de registro y reportes de actividades. Dichos reportes quedarán resguardados por la organización que encabeza la implementación.

Canalización a servicios de salud. En cualquier momento las personas de la población meta pueden solicitar asistencia médica o del comportamiento, por lo que es necesario contar con una lista de lugares sensibilizados para que las poblaciones asistan sin ningún problema.

Acompañamiento. En caso de que la población lo requiera, las y los promotores acompañan a la población a algún servicio de salud cuando ésta así lo solicite. Esto es especialmente importante cuando la persona decide acudir a los servicios de detección de VIH.

Calidad de la intervención

Para garantizar la calidad durante las intervenciones, se recomienda seguir los siguientes aspectos:

Confianza en las y los promotores. Cuando se construye un cierto nivel de confianza entre las personas promotoras y las personas de la población meta, la motivación hacia un cambio de conducta tiene posibilidad de mejores resultados y la intervención no se queda únicamente en dar a conocer información de prevención, sino que realmente existe una comunicación, donde se externan dudas e inquietudes, siempre en un ambiente de respeto.

Vínculos con personas clave. Es recomendable que las personas promotoras construyan un vínculo con los líderes de la comunidad o con los propietarios o encargados de los lugares de encuentro, pues esto facilitará que realicen su trabajo sin obstáculos.

Identificación de conductas meta. El desarrollo de conductas meta no es tarea fácil, requiere perseverancia y mucha consistencia en los mensajes, así

como una planeación adecuada para ir modelando progresivamente los comportamientos deseados.

Monitoreo

Se sugiere que, de acuerdo a la planificación de actividades de las personas promotoras, se realicen visitas de supervisión que consisten básicamente en verificar que la intervención se realiza en tiempo, lugar y hora establecida en el plan de trabajo. Las visitas de supervisión deberán ser respetuosas de la libertad de las y los promotores y del vínculo profesional de éstos y la población.

Los monitoreos podrán ser presenciales, que son aquellos en los que el supervisor permanece a una distancia prudente de la persona promotora a lo largo de toda la intervención, lo que le permitirá tener más elementos para evaluar la calidad de la misma y el desempeño del promotor.

Los monitoreos a distancia son aquellos que se llevan a cabo sin que las personas promotoras se percaten de la presencia del supervisor. En ellos se evalúan aspectos logísticos como: puntualidad, distribución de material y si cumplió con la meta establecida en cuanto a número de personas intervenidas.

En las visitas de supervisión se observa lo siguiente:

- » Acercamiento de la población hacia la persona promotora
- » Número de intervenciones
- » Realización de preguntas y cuestionamientos ligados a un tema de salud
- » Solicitud de insumos de prevención

PSI México ha evaluado la implementación de la intervención en diferentes ciudades del país. A continuación se retoman algunos de los aspectos que esta organización ha contemplado en la supervisión de la intervención.

Reporte de supervisión Cara a Cara

Nombre de quien monitorea la actividad: _____

Lugar de la actividad: _____

Dirección: _____

Nombre de la persona promotora: _____

Fecha: _____ Hora de inicio: _____ Hora de término: _____

Tipo de monitoreo: () a distancia () presencial

¿Se realizó la actividad? () Sí () No

¿EL/la promotor/a presentó reporte de la actividad? () Sí () No

¿Cuántas personas reportó la persona promotora? _____

Si no se realizó la actividad indique la causa:

___ La persona promotora no llegó al lugar

___ La persona promotora llegó tarde al lugar

___ No hubo población meta para realizar la actividad

___ La persona responsable del lugar no permitió que se realizara la actividad

___ Las condiciones del clima no permitieron realizar la actividad

___ La persona promotora no contaba con los insumos necesarios

Otra (indique cuál): _____

Calidad de la intervención:

Evalúe cuál(es) aspectos cumplió la persona promotora y asigne el número que corresponda con su análisis:

1= insatisfactorio; 2=regular; 3=satisfactorio; 4=excelente

___ Realizó al menos 2 preguntas abiertas

___ Realizó al menos un reflejo (parfraseo o reflejo físico)

___ Realizó al menos una frase de aprecio y comprensión

___ Generó dudas en la población/optimismo/interés

___ Realizó un resumen al final de la actividad

___ La persona promotora reconoce las estrategias que aplicó

Calificación (promedio de los aspectos anteriores): _____

Las personas promotoras que realizan la intervención *Cara a Cara* para el proyecto México VIH/SIDA Ronda 9, deberán llenar y entregar los registros determinados por el área de monitoreo y evaluación.

Acrónimos

HSH	Hombres que tienen sexo con otros hombres
HTS	Hombres Trabajadores Sexuales
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
PSI	Population Services International
RD	Reducción del Daño
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TB	Tuberculosis
TTT	Travestis, Transgéneros, Transexuales
UDI	Usuarios/as de Drogas Inyectables
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
VHC	Virus de la Hepatitis C
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Bibliografía

- GARDUÑO, J; Pulido, R; Román R. **Guía temática para la implementación de intervenciones Cara a cara utilizando los principios de la entrevista motivacional.** En CISIDAT. **Inventario Histórico de las Estrategias de Prevención.** FUNSALUD, México, Julio 2011.
- _____. **Abordajes Cara a cara utilizando principios de entrevista motivacional.** Presentación pp del taller de capacitación Cara a cara_ entrevista motivacional. PSI México, 2012.
- _____. **Etapas de cambio.** Presentación pp del taller de capacitación Cara a cara_ entrevista motivacional. PSI México, 2012.
- PÉREZ H; Luna, A; Hernández, J. **Manual de herramientas prácticas para facilitar el trabajo en grupos con enfoques participativos e interactivos.** Colectivo Sol/ Red Mexicana de personas que viven con VIH/sida. México, 2000

