

# Examen físico del adolescente | Autor: Dr. José P. Valdés Rodríguez

*Material facilitado: Examen físico del adolescentes*

*Autor: Dr. José P. Valdés Rodríguez*

*Pediatra. Acreditado en Medicina del Adolescente. Alicante*

*Última actualización: 30 de septiembre de 2021*

*“Mucho se ha escrito acerca de la necesidad de salas de espera y elementos separados para adolescentes. Más importantes son los atributos personales, la ternura y el interés sincero por parte del médico, y su capacidad para hacer sentir al adolescente, que él es especial”*

*Dr. S.L. Hammar*

## Generalidades

En el adolescente, el examen físico debe ser la prolongación de la entrevista, y por tanto las condiciones generales de la anamnesis deben seguir estando presentes durante la exploración. Para estos pacientes, es por lo general un momento difícil, y no debe convertirse en un acto frío y rutinario. Y para el médico, puede ser una ocasión propicia para contestar sus dudas y tranquilizarlos sobre “el terreno”, iniciar la conversación sobre temas íntimos o introducir la educación sanitaria, mientras vamos recorriendo con ellos las distintas partes de su cuerpo. De hecho, no pocas veces, *lo que la anamnesis nos ha negado nos lo da la exploración* porque en adolescentes el motivo de consulta no siempre es explícito de inicio, y es durante el examen físico donde surge la verdadera preocupación del paciente.

Las peculiaridades de este grupo etario, y la necesidad de respetar al máximo su intimidad, van a generar unas **necesidades** que se pueden agrupar en dos puntos:

– LUGAR APARTADO. El examen físico debe realizarse en una sala aislada, o si no se dispone de ella, tras un biombo o mampara que sirva de separación del resto de la

habitación, y que permitan al adolescente desvestirse por completo y colocarse una sábana o una bata. La **presencia de familiares y/o personal auxiliar**, dependerá de la edad, sexo o circunstancias individuales de cada paciente, y hay que darle la oportunidad al adolescente de decidirlo previamente. Es también importante, que antes de comenzar, el médico o el personal auxiliar **informen de lo que se va a hacer** a continuación, y de **que no se les va a causar ninguna molestia** (cuando es una primera visita o hace tiempo que no han pasado una revisión médica completa, pueden llegar a la consulta con informaciones erróneas, recogidas de otros/as compañeros/as).

– **UTENSILIOS DE EXPLORACIÓN.** En su mayoría son los que utilizamos a otras edades, pero con las **dimensiones adecuadas** (fonendoscopio, manguitos de tensión, camilla...). Por la repercusión que tiene el aparato locomotor sobre el crecimiento es conveniente contar con instrumentos necesarios (plomada, escoliómetro, nivel pélvico). Para la exploración genital son necesarios el **orquidómetro de Prader** y una potente **fuentes luminosa**. Son imprescindibles las **gráficas de desarrollo puberal** de Tanner, y es útil que las acompañemos de esquemas fáciles de entender por los propios adolescentes (les ayuda a entender la necesidad de la exploración para poder contestar a sus dudas).

## Sistemática exploratoria

Con fines didácticos, se va a describir la práctica habitual del examen físico, puntualizando en los diferentes aparatos las características más específicas de la adolescencia. Pero **la amplitud** con que se explore cada sistema o **el orden que se siga, deben ser modificados según lo requiera el caso**. Esto es especialmente importante en el caso de una primera visita (de la que va a depender que haya o no otras) ya que es totalmente diferente cuando se trata de un paciente al que ya conocemos hace tiempo y ha ido pasando sus revisiones de forma más o menos sistemática.

### I. INSPECCIÓN GENERAL

La impresión inicial ya se habrá hecho durante la entrevista, y esta inspección general acabará con el final de la exploración, ya que a diferencia de otras edades, **al adolescente no se le inspecciona totalmente desnudo, sino por partes**.

- **ASPECTO GENERAL** (vestidos, HIGIENE), sensación de salud-enfermedad, facies.
- **PIEL, MUCOSAS y FANERAS:** ACNÉ (si es precoz o intenso, pensar en hiperandrogenismo), HIRSUTISMO, tatuajes, zonas de punción, cicatrices por conductas AUTOLESIVAS, FIBROSIS en los NUDILLOS (por vómitos autoinducidos). En caso de embarazo, aparecen signos cutáneos de **HIPERPIGMENTACIÓN** hacia el segundo trimestre (cloasma gravídico, oscurecimiento de areola y pezón, línea nigra).

Por la frecuencia y la importancia que para el adolescente tiene su imagen corporal, el pediatra no debe dejar de preguntarle por sus "granos". Hay que buscar el **acné** y clasificarlo con arreglo al tipo de lesiones, evaluar las repercusiones psicológicas y tratarlo siempre y lo más precozmente posible. Aún en caso de tener que derivarlo a un especialista, tenemos que interesarnos por la evolución y la tolerancia a los tratamientos. El acné puede ser además, una buena excusa para negociar con el adolescente sobre los cuidados generales que necesita (higiene, alimentación, ejercicio al aire libre...).

Otra cuestión que les preocupa, pero que inicialmente suelen ocultar, es el exceso de vello. Una vez confirmemos que se trata de un verdadero **hirsutismo**, debemos preguntar por los antecedentes familiares, la toma de medicamentos (anabolizantes, corticoides, anovulatorios) y sobre todo, por la **rapidez de instauración**. A continuación es mejor cuantificarlo para comparar la evolución posterior (esquemas de Ferriman-Gallwey) y buscar signos de virilización (piel seborreica o acné, aumento del olor corporal, irregularidades menstruales...) u otros posibles síntomas asociados (talla baja, obesidad, acantosis).

- Impresión global sobre el tipo constitucional, el **CRECIMIENTO y el ESTADO NUTRICIONAL**. *Lo que la anamnesis nos ha negado, puede dárnoslo el examen físico*. Si existen **signos de adelgazamiento** (disminución de la grasa subcutánea, aumento de los resaltes óseos, disminución de la turgencia muscular, piel seca, fría y con trastornos tróficos, bradicardia, hipotensión ortostática...) *indagar de nuevo en la historia* y dirigir la exploración para descartar las posibles causas:
  - Psicógenas: TCA (anorexia), depresión, drogas.
  - Orgánicas: CÁNCER, infecciones (TBC), E.I.I. (Crohn), diabetes, tr. tiroideos... o un embarazo oculto.

Todas las causas son bien conocidas, pero conviene insistir en la enfermedad de Crohn. El pico de presentación en Pediatría se encuentra precisamente en la adolescencia temprana (entre los 11 y 13 años) y su diagnóstico sigue siendo tardío (media 4,4 meses) porque pueden predominar durante tiempo la escasa ganancia ponderal u otros signos extradigestivos.

- **ACTITUD** durante la exploración: comportamiento, cooperación, rasgos de personalidad (algo que, como decíamos, ya habremos ido observando con el primer contacto durante la anamnesis).

## II. CABEZA

Morfología, datos sobre órganos faciales. Existen algunos trastornos genéticos que se

diagnostican tardíamente en adolescentes (sínd. X frágil, Turner, Klinefelter) y si hay dudas debemos buscar otros **rasgos dismórficos** en otras localizaciones.

### III. CUELLO

Empezar por explorar el espacio submandibular, para detectar aumento de tamaño de las glándulas salivales. La **sialoadenosis** (la afectación parotídea es más frecuente que la submandibular) puede aparecer en pacientes con bulimia, de forma más precoz que los otros signos provocados por los vómitos.

Palpar tiroides y descartar la presencia de **bocio** (volumen, consistencia, presencia de masas quísticas). El profesional se colocará por detrás del paciente con sus pulgares sobre la apófisis espinosa de la 7ª vértebra cervical, las manos abrazando el cuello y se le pide al paciente que degluta. Si se detecta, no debe considerarse como hiperplasia fisiológica (bocio coloide o puberal) hasta haber procedido a su **investigación sistemática**. En la adolescencia la causa más frecuente es el producido por una tiroiditis autoinmune que pudo pasar desapercibida, pero también existe la posibilidad de cáncer que aumenta con la edad y cuya frecuencia va en aumento a nivel mundial.

### IV. ADENOPATÍAS cervicales, **supraclaviculares**, axilares, inguinales

Recordar que los tumores son la primera causa médica de mortalidad en el adolescente. Que de ellos, casi la mitad son del tejido linfoide y órganos hematopoyéticos, que el Hodgkin es más frecuente a esta edad y que en ocasiones se presenta como una masa ganglionar aislada. Es importante detectarlo porque si se diagnostica precozmente, su tasa de curación es alta. La localización supraclavicular, es la que se asocia en mayor medida a las causas tumorales. Se sospechará malignidad ante una masa dura, adherida a planos, e indolora.

### V. TÓRAX

1. **INSPECCIÓN Y PALPACIÓN TORÁCICAS.** Las costocondritis y otros procesos benignos de la pared costal, son la causa más frecuente de dolor torácico recurrente en adolescentes (ante una exploración negativa, si existen antecedentes en edades anteriores, considerar el asma inducido por el ejercicio).
2. **VALORACIÓN RESPIRATORIA.** El **asma** del adolescente tiene mayor gravedad, con un aumento de la mortalidad entre los 10 a 14 años, y **la ausencia de crisis no descarta la existencia de broncoespasmo**. El cumplimiento terapéutico siempre es más complicado a esta edad. Si no tiene buen control, hay que hacer una valoración de la función respiratoria en la consulta con espirometría, e instruirles en el uso de mini-espirómetros (*peak-flow*) ambulatoriamente.

3. VALORACIÓN CARDIOCIRCULATORIA. En la auscultación cardiaca habrá que prestar atención a la detección de:

- Ruidos añadidos: **Clics de expulsión**. Chasquido mesosistólico seguido o no de soplo sistólico tardío, y que son expresión de un prolapso valvular mitral.
- **Soplos**. Si son de aparición reciente, a pesar de la apariencia que tengan, se debe sospechar organicidad.

Es importante recordar que aunque el síncope vasovagal es una situación frecuente en adolescentes, **hasta el 25% de casos de muerte súbita de origen cardiaco se manifiestan previamente como un síncope**. Por tanto cualquier hallazgo en la exploración cardiológica debe tenerse en cuenta, y profundizar en la anamnesis con los antecedentes familiares / personales y la descripción detallada del síncope: **en relación directa con el ejercicio** o los que se producen en posición supina, son bruscos (sin pródromos) o están desencadenados por estímulos auditivos.

#### 4. MAMAS

En este momento, como en la exploración de genitales, es importante que se vaya explicando lo que hacemos, el por qué debemos hacerlo, que lo que vamos encontrando está dentro de la normalidad (si es cierto) y que apoyemos los comentarios mostrando gráficas del desarrollo puberal.

##### *MUJERES*

- Establecer el estadio evolutivo de Tanner (Anexo 1).
  - **S1** mama prepuberal, no hay tejido glandular.
  - **S2** emergencia del botón mamario, que puede ser unilateral y doloroso.
  - **S3** mama mayor y más saliente, extendiéndose por debajo de la areola (*es como la de tipo adulto pero de menor tamaño*).
  - **S4** se produce un *doble contorno por la proyección de areola-pezón* sobre la superficie de la mama; puede haber una corona periareolar de pelos dispersos; la menarquia suele acontecer inmediatamente después.
  - **S5** mama adulta; la areola y la superficie de la mama están en el mismo plano, con el pezón proyectándose por encima; las glándulas accesorias de la areola se desarrollan y se hacen visibles; en algunas mujeres, este estadio no llega a alcanzarse nunca o aparece durante el embarazo.

- Completar la inspección y comprobar simetría (puede existir una diferencia inicial por mayor desarrollo de un lado, que generalmente se iguala al final de la evolución). En caso de un embarazo incipiente y oculto, los primeros signos los vamos a encontrar en las mamas (aumento de volumen y de la sensibilidad, cambios de coloración, aparición de estrías y circulación venosa).
- Palpación cuidadosa
- Instruir en autoexploración: La OMS y otras sociedades científicas no lo recomienda de forma generalizada en mujeres adultas sanas por debajo de los 40 años, pero en adolescentes es útil para educarlas sobre su cuerpo cambiante, sobre todo en aquellas partes relacionadas con la sexualidad. En la práctica, su enseñanza ayuda a efectuar la exploración. Debemos simplificarla lo más posible. Primero con inspección en un espejo y después con una palpación circular de fuera a dentro de la mama, que empiece en los espacios supraclaviculares y axilares y termine en el pezón.

**VARONES: Ginecomastia puberal.** Se llama así al crecimiento de la glándula mamaria uni o bilateral durante el desarrollo puberal. Es bastante frecuente (hasta en el 30-60% de los varones) y suele ocurrir entre los estadios III y IV de Tanner. Hay que diferenciarla de la adipomastia producida por aumento de tejido graso en los obesos. Si es mayor de 4 cm. de tejido subareolar, **mirar testículos** para descartar hipogonadismo o un tumor testicular. Si el volumen es importante, no lleva mucho tiempo de evolución y le preocupa al adolescente puede tratarse con agentes bloqueadores de los receptores de estrógenos (tamoxifeno). Lo habitual de todas formas, es que se resuelva al final del desarrollo en 2-3 años, y hay que tratar de tranquilizar al adolescente.

Si la ginecomastia aparece fuera de la pubertad, se debe descartar la existencia de enfermedades crónicas (tiroideas, hepáticas, renales) hipogonadismos, tumores, toma de fármacos o exposición a estrógenos.

## VI. ABDOMEN

Ante un **abdomen doloroso en una adolescente sexualmente activa**, buscar minuciosamente signos de irritación peritoneal. La **enfermedad inflamatoria pélvica**, puede producir una clínica insidiosa y sin embargo, originar graves secuelas si el diagnóstico es tardío. Aparte de los signos clásicos de exploración abdominal, puede ponerse de manifiesto con una maniobra sencilla: se pide a la paciente que se ponga de puntillas, para a continuación dejar caer todo el peso sobre los talones. Si hay irritación peritoneal, le producirá dolor y cambio postural.

El **dolor abdominal recurrente**, debe hacer **sospechar organicidad** en esta edad, donde pueden debutar enfermedades hasta ese momento poco habituales: úlcera péptica, gastritis crónica o enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Especialmente importante es la

enfermedad de CROHN cuyo pico de presentación en la infancia se sitúa entre los 11-13 años, y que puede tener una presentación insidiosa con síntomas extradigestivos (pérdida de peso, cuadros reumáticos, fiebre inexplicada...) que retrasen el diagnóstico.

## VII. GENITALES

El orden y la postura en que se exploren pueden depender del sexo del examinador.

### *FEMENINOS*

En caso de que el pediatra sea del sexo masculino, puede dar más tranquilidad a las adolescentes de mayor edad, una postura semisentada para mantener el contacto visual con el médico, y/o la utilización de un espejo de mano que le ayude a seguir las explicaciones que se le van dando.

- **Establecer el estadio puberal del vello púbico:**
  - **P1** No existe vello.
  - **P2** pequeña cantidad de vello largo y fino, ligeramente pigmentado.
  - **P3** pelo más grueso y rizado, visible a distancia.
  - **P4** parecido al adulto, pero no llega a la cara interna de los muslos.
  - **P5** tipo adulto, extendiéndose en cantidad a la cara interna de los muslos, y con el límite superior recto.
- **Inspección – palpación de genitales externos** (clítoris, uretra, himen, introito) y valoración de lesiones (úlceras) o exudados anormales.
- **Examen de genitales internos.** Lo habitual es que el pediatra o el médico general no se encuentre formado para ello, pero al menos debemos aprovechar la oportunidad de la consulta para indagar sobre la formación sexual, y preparar convenientemente a la paciente para su visita al ginecólogo (ofrecer información y aliviar los temores si los hubiera).
- Esta visita debe ser obligada en adolescentes con actividad sexual (anterior o actual), patología ginecológica, dolor abdominal de etiología dudosa o disuria inexplicable. Y es aconsejable en mayores de 16 años para que entiendan el valor preventivo del examen ginecológico. Se efectúa con espéculos de tamaño adecuado (mejor si se dispone de colposcopio), y debe acompañarse de recogida de muestras para citología y bacteriología, a criterio del especialista, así como la realización de ecografía (lo que ha simplificado el examen de éstas pacientes).

### *MASCULINOS*

- Establecer el estadio del vello púbico (igual que en mujeres) y el de desarrollo genital: desarrollo y pigmentación escrotal, longitud del pene y volumen testicular (Anexo 3).
  - **G1** Pene, escroto y testículos infantiles.
  - **G2** Aumento de escroto y testículos (los 4 ml de volumen testicular marcan el inicio puberal). Pene sin cambios.
  - **G3** Mayor pigmentación del escroto y aumento del pene sobre todo en longitud. Volumen testicular 8 a 10 ml.
  - **G4** El pene aumenta también en diámetro con desarrollo del glande. Sigue el crecimiento y la pigmentación del escroto, y el volumen testicular se sitúa sobre los 12 a 15 ml).
  - **G5** Tipo adulto. Volumen testicular mayor de 20 ml.
  
- Inspección / palpación de genitales externos y zona inguinal:
  - Fimosis/ parafimosis o prepucio redundante deben estar resueltos antes de alcanzar el desarrollo puberal.
  - Valoración de **lesiones y exudados anormales**.
  
- **VARICOCELE**. Por su frecuencia y la posible repercusión en la vida adulta, merece una mención especial. La mayoría son IZQUIERDOS, asintomáticos y con una progresión lenta paralela al desarrollo del volumen testicular. Hay que explorarlos de pie, asociar la maniobra de Valsalva para su palpación y comprobar los cambios de volumen con el decúbito. Si produce una disminución mayor de 2 ml en el volumen testicular con respecto al contralateral, son sintomáticos (dolor, sensación de peso), bilaterales o del tipo III (visibles a través de la piel del escroto y palpables sin Valsalva) se deben remitir al urólogo, que con una eco-doppler decidirá el tipo de intervención. Aunque no se den éstas características, hay que sospechar de los DERECHOS y de los que se hayan presentado en forma brusca y no se modifiquen con el decúbito, y pedir además una ecografía abdominal (tumores, alt. renales).
  
- Repasar con el adolescente su formación en materia sexual, e instruirle en autoexploración testicular por si en algún momento le aparece algún hallazgo que le preocupe (el cribado sistemático del cáncer testicular en la actualidad no se recomienda, pero es una forma de hacerle partícipe del cuidado de su cuerpo y de estar atento a posibles variaciones).

## VIII. INSPECCIÓN PERIANAL

Si los datos de anamnesis lo aconsejan o se aprecia algún tipo de lesión, es mejor explorar



el ano en posición genupectoral, y pidiéndole al paciente que haga la maniobra de Valsalva para poner de manifiesto hemorroides internas o prolapso rectal.

El tacto rectal se realizará exclusivamente cuando haya historia de dolor rectal, sangrado, secreción y problemas urinarios. Igualmente, si hay cojera o dolor de rodilla/cadera y no se encuentra nada a esos niveles, ya que las masas retroperitoneales comprimen los nervios sacro ilíacos y pueden dar el dolor referido en esa localización.

Sospechar de cualquier lesión poco habitual a estas edades (hemorroides, pólipos centinelas...) o que no ceda al tratamiento. Hasta un 25% de todos los casos de *enfermedad de Crohn se manifiestan inicialmente con lesiones perianales.*

## IX. APARATO LOCOMOTOR

1. Comprobar la SIMETRÍA GLOBAL del cuerpo con el TEST DE LA PLOMADA, en visión posteroanterior y lateral.
2. Examen de ESPALDA y COLUMNA VERTEBRAL.

### Test de Adams o maniobra de la reverencia:

- Lo habitual es hacerla en **visión posterior** pero el médico también se puede colocar delante del paciente. Con los pies juntos y las piernas bien estiradas, se le invita a estirar también los brazos de forma relajada e intentar tocarse los pies con las manos, deteniéndose a los 45, 70 y 90 grados. Se complementa midiendo con el escoliómetro de Bunnell a los 3 niveles:
  - $< 5^\circ$ : no significativa.
  - Entre 5 y  $9^\circ$ : reevaluar cada 6 meses.
  - $> 10^\circ$ : estudio Rx y/o remitir al especialista (equivale aprox. a 15-20° de Cobb).

Personalmente prefiero la derivación para tratar de evitar la repetición de estudios radiológicos (la telerradiografía PA de columna entera con medición de mm inferiores supone una importante radiación). Tengamos en cuenta, que entre los 20 y 29° de Cobb la indicación de corsé (algo muy importante en la vida de un adolescente) dependerá de la importancia al diagnóstico (ángulo de Cobb), la progresión de la curva y la maduración esquelética (signo de Risser).

En la escoliosis hay que valorar la asimetría por inspección, el desequilibrio con el test de la plomada y la rotación con el escoliómetro, para a continuación comprobar si se mantiene o no en sedestación y prono, y descartar una posible disimetría.

- En **visión lateral**, intentando corregir la posible cifosis con hiperextensión torácica para distinguir entre un dorso curvo juvenil y la enfermedad de Scheuerman (en la forma clásica suelen acudir en periodo prepuberal pensando más en un problema postural).

Llevamos décadas de discusión sobre la conveniencia o no del cribado rutinario de la escoliosis, y sigue sin haber evidencia del riesgo-beneficio de dicho cribado general. El pediatra está obligado a valorar la espalda desde la etapa de lactante (no olvidemos que existe la “escoliosis de desarrollo temprano” con sus diferentes causas), y eso no cambia con la llegada de la pubertad. En la consulta con el adolescente y su familia tenemos la responsabilidad de diagnosticar lo más precozmente. **Es trascendental el diagnóstico prepuberal de cifosis-escoliosis**, ya que en el periodo de crecimiento rápido pueden producirse graves descompensaciones. Debemos tranquilizarlos porque sólo excepcionalmente la escoliosis idiopática del adolescente da complicaciones, pero hay que hacer un seguimiento dentro de los límites comentados.

- Inspección de zona lumbosacra, en busca de sinus pilonidal, pelotón adiposo o fístula que oculten una espina bífida.

### 3. PELVIS

**Descartar disimetrías** utilizando un compás pélvico complementado con alzas de distinto calibre, y haciendo la medición de miembros inferiores (líneas ombligo/maléolo interno y espina iliaca anterosuperior/maléolo interno).

### 4. EXTREMIDADES

- Movilidad articular, dolor o hipersensibilidad.
- Desarrollo, tono y fuerza muscular (dinamómetro).
- Rodillas: los **“dolores de crecimiento” son un diagnóstico de exclusión**. Ningún adolescente con dolor de rodillas, debe salir de la consulta sin una completa exploración de **caderas** (coxa vara del adolescente más frecuente en obesos e hipogonadismos, enf. de Perthes más habitual a edades anteriores, osteoma osteoide).
- De todas formas, un dolor musculoesquelético de cualquier localización que sea intenso y con exploración negativa nos debe hacer pensar en el estadio inicial de una **leucemia**.
- Pies: podoscopio.

5. Exploración de la **MARCHA** siguiendo una línea recta con los ojos abiertos y cerrados, primero con el paso normal, y después de puntillas, sobre los talones y “en tándem”.

## X. SISTEMA NERVIOSO

Aparte el daño del SNC producido por accidentes y los estados de intoxicación por drogas, la patología neurológica más frecuente en ésta edad son las **cefaleas** vasculares y psicósomáticas. De todas formas, conviene tener presente que los **tumores intracraneales** son los tumores sólidos más frecuentes y la tercera causa de cáncer, tras linfomas y leucemias. De ellos, el astrocitoma supratentorial puede dar una sintomatología neurológica tardía, produciendo inicialmente cambios de la personalidad y disminución del rendimiento escolar.

La exploración del SN, suele hacerse simultáneamente con la del aparato locomotor:

- Reflejos superficiales y profundos.
- Pares craneales.
- COORDINACIÓN estática (Romberg) y dinámica (maniobra dedo/nariz y talón/rodilla).
- Fondo de ojo.

## XI. EXAMEN BUCODENTAL

- Halitosis.
- TEJIDOS BLANDOS: labios, mucosa yugal, encías, lengua, paladar y suelo de la boca.
- DIENTES.
  - Alteraciones en la erupción, posición y oclusión dentaria.
  - Detección de placa bacteriana (eritrosina, Carietest) e instrucción sobre higiene dental.
  - Índice CAO (caries, ausentes, obturados).
  - Signos de **perimilolisis dental** (erosión de esmalte y dentina por el contenido gástrico que llega a la boca en los vómitos autoinducidos).

El adolescente es propenso a **caries y gingivitis** por sus malos hábitos higiénicos y dietéticos, pero es muy sensible a las **alteraciones estéticas**. Hay que responsabilizarle de su propio cuidado dental, haciéndole comprender la relación entre ambas situaciones.

## XII. O.R.L.

Las **rinitis crónicas** de causa médica o por irritantes (tabaco, cocaína...) son los cuadros más frecuentes. Se debe incluir sistemáticamente la RINOSCOPIA ANTERIOR para observación de la mucosa nasal, y si es posible, una IMPEDANCIOMETRÍA para valorar el correcto funcionamiento tubárico y del oído medio (hipoacusias de transmisión).

### XIII. EXAMEN SENSORIAL

- VISION
  - AGUDEZA VISUAL (optotipos) y AUTORREFRACTÓMETRO.
  - Despistaje de ESTRABISMO (reflejo corneal con fuente luminosa a 1 metro, Cover test para visión lejana y cercana, test de Lang).
  - Visión de los COLORES (atlas de Ishihara).
- AUDICIÓN
  - En la consulta podemos orientarnos con un diapasón de 128 VD, o utilizar el AudioScope 3 (Welch Allyn®) que permite un estímulo a 20, 25 y 40 dB y frecuencias de 500, 1000, 2000, 4000 Hz. En caso de duda, habrá que remitir a centro especializado para hacer una audiometría tonal en cabina insonorizada que incluya frecuencias altas de 6.000-8000 Hz.
- **Prevenir al adolescente sobre el efecto del ruido:** escuchar música a alto volumen (por encima de los 90 db), y sobre todo con auriculares, puede producir sordera de percepción que puede ser irreversible y progresiva, especialmente en oídos predispuestos: antecedentes familiares de sordera o personales de uso de medicación ototóxica y patología que pueda alterar la audición (meningitis, traumatismos craneales, otitis media crónica).

### XIV. SOMATOMETRÍA Y MEDIDAS

- PESO, TALLA, relación peso/talla, medición de SEGMENTOS y VELOCIDAD DE CRECIMIENTO: **relacionar estos datos de crecimiento con los de maduración puberal.**
- PLIEGUES subescapular y tricípital (*skinfold caliper*) en obesos.
- TENSIÓN ARTERIAL.
  - Técnica adecuada (tamaño de manguitos, paciente tranquilo, posición sentada).
  - Tomar 2 mediciones y buscar percentiles para edad, sexo y talla.
  - **Hacer recomendaciones con arreglo a las cifras tensionales y los factores de riesgo actuales y/o familiares (obesidad y otras alteraciones nutricionales, sedentarismo, tabaquismo).**

Tener en cuenta, que **las variaciones de la normalidad son muy amplias**, y que muchos adolescentes se preocupan por ello. No se debe terminar la exploración, sin comentar con el adolescente los resultados de la misma. Tanner en sus primeras publicaciones (1958), ya

advertía que "...un aspecto muy importante de la tarea de los educadores y de los doctores en ésta época, es **informar acerca del crecimiento** y de su variabilidad en los preadolescentes y adolescentes, y **proporcionar apoyo y confianza de forma simpática** a aquellos que necesitan de éstos".

Como conclusión, conviene pues insistir, que en el examen del adolescente lo decisivo no son las técnicas ni los instrumentos. El médico que atienda adolescentes no sólo debe estar preparado, tiene que sentirse cómodo entre ellos. Los adolescentes tienen que notar la satisfacción por nuestro trabajo, y un deseo sincero de ayudarles. De esta manera, se superan las dificultades que habitualmente se plantean en la consulta, y se puede llegar a realizar una gratificante labor con estos pacientes.

## Bibliografía

1. HAMMAR S.L. Enfoque del paciente adolescente *Clin Pediatr Norteam* 1973;4:779-788.
2. CORNELLÁ J. Técnicas de entrevista con el adolescente en Sasot J. & Moraga F.A. Psicopediatría del adolescente J.R. Prous Editores Barcelona 1998.
3. BRAÑAS FERNÁNDEZ P. Atención del pediatra al adolescente *Pediatr Integral* 1997;2:207-216.
4. GARCÍA-TORNELL FLORENSA S. Planificación y organización de una consulta de adolescentes por el pediatra *An Esp Pediatr* 1999; S124:14-16.
5. STRASBURGER V.C. Acné: todo lo que el pediatra debe saber acerca del tratamiento *Clin Pediatr Norteam* 1997; 6: 1523-1542.
6. ROSENFELD R.L. Hiperandrogenismo en niñas prepúberes *Clin Pediatr Norteam* 1990;6:1393-1418.
7. CASAS RIVERO J. Ginecología en adolescentes *An Esp Pediatr* 1999;S124:28-31.
8. ELORZA ARIZMENDI J.F.J. y cols. La perimilólisis dental como signo de alarma de los trastornos alimentarios del adolescente *Acta Pediatr Esp* 1998; 56:434-436.
9. TANNER J.M. Crecimiento postnatal en Mitchell R.G. Crecimiento y desarrollo del niño. Editorial Pediátrica Barcelona 1975.
10. VALLBONA C. El Pediatra, especialista idóneo para el adolescente *An Esp Pediatr* 1987; 27, S27:87-92.
11. TARACENA DEL PIÑAL B. El adolescente: ese desconocido abandonado *An Esp Pediatr* 1995; S64:20-22.
12. VALDÉS RODRÍGUEZ J.P. La exploración física del adolescente Medicina de la Adolescencia. Atención integral 2ª edición 2012. Ergon SA (Madrid).

13. SILBER T.J. Peculiaridades del examen físico del adolescente. XXVI Jornada Internacional de la Societat Catalana de Pediatria. Barcelona 1990.

*ACCESO en INTERNET:*

1. Taracena del Piñal B. El Pediatra Generalista y el Médico de Familia en su primer contacto con el adolescente. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 1999;1:639-644. Disponible en: <https://pap.es/files/1116-69-pdf/73.pdf>
2. Madrid Gutiérrez J. Hernández Martín D. Centro Madrid Salud Joven La promoción positiva en la adolescencia *Pediatr Integral* 2008 S1 pg 7-15. Disponible en: [https://www.adolescenciasema.org/ficheros/alicante\\_2008/XIX\\_Congreso%20SEMA\\_2008\\_version\\_integra.pdf](https://www.adolescenciasema.org/ficheros/alicante_2008/XIX_Congreso%20SEMA_2008_version_integra.pdf)
3. Ruiz Lázaro PJ, Bosques Castilla D, Cózar López G, González Santiago B. Promoción de la salud del adolescente en Atención Primaria: el modelo Alcalá de Henares. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2005;7:451-461. Disponible en: [https://archivos.pap.es/Empty/PAP/front/Articulos/Imprimir/\\_OrCjUxDG4cqbjnYoc7XUv\\_hxquaEkCXpt](https://archivos.pap.es/Empty/PAP/front/Articulos/Imprimir/_OrCjUxDG4cqbjnYoc7XUv_hxquaEkCXpt)
4. Ruiz Lázaro PJ Buenas prácticas en Medicina de la Adolescencia. La estrategia “para y con los jóvenes” de promoción de la salud mental del adolescente en Atención Primaria. *Adolescere* 2014; II (3): 42-55. Disponible en: [https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-II-n3-2014/2014-n3-42\\_55\\_Articulo-Especial.pdf](https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-II-n3-2014/2014-n3-42_55_Articulo-Especial.pdf)
5. Cornella i Canals J. Llusent Guillamet A. La atención a la salud integral de los adolescentes desde los servicios de Atención Primaria de salud. *Revista Pediatría de Atención Primaria Volumen III. Número 12. Octubre/diciembre 2001*. Disponible en: <http://archivos.pap.es/files/1116-194-pdf/201.pdf>
6. Salmerón Ruiz M.A., Casas Rivero J. Problemas de salud en la adolescencia *Pediatr Integral* 2013; XVII(2): 94-100. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-03/problemas-de-salud-en-la-adolescencia/>
7. Salmerón Ruiz M.A., Casas Rivero J., Guerrero Alzola F. Problemas de salud en la adolescencia. Patología crónica y transición *Pediatr Integral* 2017; XXI (4): 245-253. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-06/problemas-de-salud-en-la-adolescencia-patologia-cronica-y-transicion/>
8. Sociedad Española de Contracepción (SEC) Encuesta sobre sexualidad y contracepción. Septiembre 2019 Disponible en <https://sec.es/encuesta-nacional-sobre-sexualidad-y-anticoncepcion-entre-los-jovenes-espanoles-16-25-anos/>
9. Estrategia de salud sexual y reproductiva en la Comunidad Valenciana 2017-2021. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/151311/a9f73aa9-7df3-4db0-a7f4->

[fcf4bcb2df7e](#)

10. Informe del Instituto de la Juventud (INJUVE) 2020. Disponible en:  
<http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2021/03/informe-juventud-en-espana-2020-resumen-ejecutivo.pdf>
11. Gorrotxategi Gorrotxategi PJ *et al.* ¿Qué medidas fortalecen y cuáles debilitan la Pediatría de Atención Primaria? Posicionamiento de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2019;21:87-93. Disponible en:  
<https://pap.es/articulo/12787/que-medidas-fortalecen-y-cuales-debilitan-la-pediatria-de-atencion-primaria-posicionamiento-de-la-asociacion-espanola-de-pediatria-de-atencion-primaria>
12. Gorrotxategi Gorrotxategi PJ *et al.* Necesidad de pediatras de Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2021;23:e65-e79. Disponible en:  
<https://pap.es/articulo/13384/necesidad-de-pediatras-de-atencion-primaria-plazas-de-pediatria-en-atencion-primaria-vacantes-y-necesidad-de-formacion-especifica-en-esta-area-competencial>
13. Coberturas vacunales en España 2018. Parte 4: vacunaciones de los 12-14 años. Publicado en septiembre 2019. Disponible en:  
<https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/coberturas-vacunales-2018-parte4>
14. Casas Rivero J. Iglesias Diz J.L. La entrevista al adolescente. Adolescere Mayo 2015 nº 2. Disponible en: [https://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/06/adolescere-2015-vol3-n2\\_64-68\\_La\\_entrevista\\_al\\_adolescente.pdf](https://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/06/adolescere-2015-vol3-n2_64-68_La_entrevista_al_adolescente.pdf)
15. Merino Tapia E. Valdés Rodríguez J. Redondo Romero A. Atención Integral al adolescente Pediatr Integral 2002 nº especial 5.pg 95-107. Disponible en  
<https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Contenido-Cient%C3%ADfico-del-XVI-Congreso-2002-Palma-de-Mallorca.pdf>
16. I. Hidalgo Vicario, G. Castellano Barca Entrevista Clínica y examen físico Medicina de la Adolescencia Atención integral 3ª edición 2021 Ergon (Madrid). Disponible en:  
<adolescenciasema.org/ficheros/articulosparaprofesionales/documentos/Medicinadelaaadolescencia/2%20Entrevista%20y%20Ex.fisico.pdf>
17. Ramírez N. *et al.* Escoliosis desarrollo temprano Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología vol 34:2 (167-176) 2020. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-ortopedia-traumatologia-380-articulo-escoliosis-desarrollo-temprano-curso-instruccion-S0120884520300651>
18. I. Álvarez García de Quesada, A. Núñez Giralda Escoliosis idiopática. Rev Pediatr Aten Primaria vol.13 no.49 Madrid ene./mar. 2011. Disponible en:  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322011000100014](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000100014)

19. Esparza Olcina MJ. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Escoliosis idiopática del adolescente. AEPap. 2015. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/12/escoliosis-idiopatica-del-adolescente>
20. Conejero Casares J.A., Romero Torres M.D. Problemas Ortopédicos. Adolescere Volumen VI N° 2 Mayo 2018. Disponible en: <https://www.adolescere.es/problemas-ortopedicos/>
21. Casado Picón R. y cols. Dolor musculoesquelético: una forma de inicio frecuente de leucemia linfoblástica aguda. An Pediatr (Barc). 2010;72(6):428-431. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-dolor-musculoesqueletico-una-forma-inicio-articulo-S1695403310001268>
22. Muñoz De La Calle J.F. y cols. Manifestaciones musculoesqueléticas en niños y niñas con leucemia linfoblástica aguda Rev Col Or Tra 2016; 30 (4): 150-158. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-ortopedia-traumatologia-380-articulo-manifestaciones-musculoesqueleticas-ninos-ninas-con-S0120884516301110>
23. Bea Muñoz M. y cols. Gonalgia por osteoma osteoide en el fémur proximal: un problema bien conocido pero de difícil diagnóstico An Pediatr (Barc) 2009;71 (1):89-90. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-gonalgia-por-osteoma-osteoide-el-articulo-S1695403309002720>
24. Güemes-Hidalgo M., Ceñal González-Fierro M.J., Hidalgo Vicario M.I. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Pediatr Integral 2017; XXI (4): 233-244. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-06/desarrollo-durante-la-adolescencia-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales/>
25. Ibáñez Toda L. y cols. Hirsutismo y trastornos menstruales en la adolescencia An Pediatr Contin. 2009;7(3):144-151. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-hirsutismo-trastornos-menstruales-adolescencia-S1696281809711187>
26. Ibáñez Toda L., Marcos Salas M.V. Hiperandrogenismo Protoc diagn ter pediatr. 2019;1:91-105. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06\\_hiperandrogenismo.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06_hiperandrogenismo.pdf)
27. Valdés Rodríguez J.P. El adolescente que se marea. Jornada A.P.E.P.A. octubre 2015. Disponible en <http://www.apepa.org/el-adolescente-que-se-marea-d-jose-p-valdes-rodriguez/>
28. Valdés Rodríguez J. Los adolescentes y el mito de Pigmalión. Valdés Rodríguez J. Libro de ponencias del XI curso para padres de adolescentes Alicante 2019 (pgs. 6-16). Disponible en: <https://coma.es/wp-content/uploads/2019/11/PONENCIAS-DIGITAL.pdf>
29. Martín de Carpi J. Enfermedad Inflamatoria Intestinal Adolescere 2021; IX (1): 53-61. Disponible en <https://www.adolescere.es/enfermedad-inflamatoria-intestinal/>



30. Cebrián Muíños C. Criptorquidia y patología testículo-escrotal en la edad pediátrica. *Pediatr Integral* 2019; XXIII (6): 271–282. Disponible en: [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/12/Pediatria-Integral-XXIII-6\\_WEB.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/12/Pediatria-Integral-XXIII-6_WEB.pdf)
31. Raiola G, Galati MC, Scavone C, Talarico V, Chiarello P. La transición del cuidado del adolescente al médico de familia. *Adolescere* 2017, vol 5, 14-2. Disponible en: <https://www.adolescere.es/la-transicion-del-cuidado-del-adolescente-al-medico-de-familia/>
32. Sánchez Mascaraque P. Salud mental en adolescentes y COVID ¿qué hacemos? *Adolescere* 2020; VIII (3): 25-29. Disponible en: <https://www.adolescere.es/salud-mental-en-adolescentes-y-covid-que-hacemos/>
33. Guía de Evaluación de Riesgo de Conductas Suicidas en menores disponible como anexo en una revisión 2020 en [https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20201123/guia\\_preven\\_suic\\_ijv.pdf](https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20201123/guia_preven_suic_ijv.pdf)
34. Giedd J.N. La plasticidad del cerebro adolescente. *Psicología y neurociencias Cuadernos mente y cerebro* 2018. Disponible en: <https://www.investigacionyciencia.es/files/31593.pdf>
35. Los buenos padres (video) guion: Rodríguez Fernández L. montaje: Valdés Rodríguez J. XI curso de formación para Padres de Adolescentes. Alicante 2019. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=xpHZYaAa4hw&t=21s>
36. Millennials' Growth Estudio longitudinal de crecimiento Barcelona 1995 – 2017 Prof. Antonio Carrascosa. Disponible en: <http://www.millennialsgrowth.com/>

Páginas WEB profesionales:

- <https://www.adolescenciasema.org/> Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia Hay diversas secciones para padres/educadores, para adolescentes y otra con Videos recomendados.
- <http://www.adiccionesadolescentes.es/> José Gil. Enfermero de la Unidad de conductas adictivas (UCA) de Elda.
- <http://www.maynet.es/> Isabel Rubio. Pediatra.
- <https://www.mimamayanoespediatra.es/blog/> María Salmerón. Pediatra. Unidad de Adolescentes del H. La Paz de Madrid.
- <http://drgarcia-tornel.blogspot.com/> Santiago García-Tornel. Pediatra.
- <http://www.aepap.org/> Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Buscar en Familia y Salud à Salud joven: hay páginas para adolescentes y otra específica para

padres y público en general.

- <http://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/adolescente> Asociación Española de Pediatría.

## DESARROLLO MAMARIO (Tanner, 1962)

### Estadio 1 (S1)

Mamas infantiles. Sólo el pezón está ligeramente sobreelevado.



### Estadio 2 (S2)

Brote mamario. Las areolas y pezones sobresalen como un cono. Esto indica la existencia de tejido glandular subyacente. Aumento del diámetro de la areola.



### Estadio 3 (S3)

Continuación del crecimiento con elevación de mama y areola en un mismo plano.



### Estadio 4 (S4)

La areola y el pezón pueden distinguirse como una segunda elevación, por encima del contorno de la mama.



### Estadio 5 (S5)

Desarrollo mamario total. La areola se encuentra a nivel de la piel, y sólo sobresale el pezón (¡Nota! en ciertos casos, la mujer



ANEXO 1. Estadios puberales MUJERES

## DESARROLLO DEL VELLO PUBIANO (Tanner, 1962)

### Estadio 1 (P1)

Ligera vellosidad infantil.



### Estadio 2 (P2)

Vello escaso, lacio y ligeramente pigmentado, usualmente a lo largo de los labios (dificultad para apreciar en la figura).



### Estadio 3 (P3)

Vello rizado, aún escasamente desarrollado, pero oscuro, claramente pigmentado, sobre los labios.



### Estadio 4 (P4)

Vello pubiano de tipo adulto, pero no con respecto a la distribución (crecimiento del vello hacia los pliegues inguinales, pero no en la cara interna de los muslos).



### Estadio 5 (P5)

Desarrollo de la vellosidad adulta con respecto a tipo y cantidad; el vello se extiende en forma de un patrón horizontal, el llamado femenino (el vello crece también en la cara interna de los muslos). En el 10% se extiende por fuera del triángulo pubiano (estadio 6).



## DESARROLLO GENITAL

(Tanner, 1962)

### Estadio 1 (G1)

Pene, escroto y testículos infantiles, es decir de aproximadamente el mismo tamaño y forma que en la infancia.

### Estadio 2 (G2)

Agrandamiento del escroto y testículos. La piel escrotal se vuelve más roja, delgada y arrugada. El pene no tiene ningún agrandamiento o muy insignificante.



### Estadio 3 (G3)

Agrandamiento del pene, principalmente en longitud. Continuación del desarrollo testicular y escrotal.



### Estadio 4 (G4)

Aumento de tamaño del pene, con crecimiento del diámetro y desarrollo del glande. Continuación del agrandamiento de testículos y escroto. Aumento de la pigmentación de la piel escrotal.



### Estadio 5 (G5)

Genitales de tipo y tamaño adulto.



## DESARROLLO DEL VELLO PUBIANO

(Tanner, 1962)

### Estadio 1 (P1)

Ligera vellosidad infantil.

### Estadio 2 (P2)

Vello escaso, lacio y ligeramente pigmentado, usualmente arraigado al pene (dificultad para apreciar en la figura).



### Estadio 3 (P3)

Vello rizado, aún escasamente desarrollado, pero oscuro, claramente pigmentado, arraigado al pene.



### Estadio 4 (P4)

Vello pubiano de tipo adulto, pero no con respecto a la distribución (crecimiento del vello hacia los pliegues inguinales, pero no en la cara interna de los muslos).

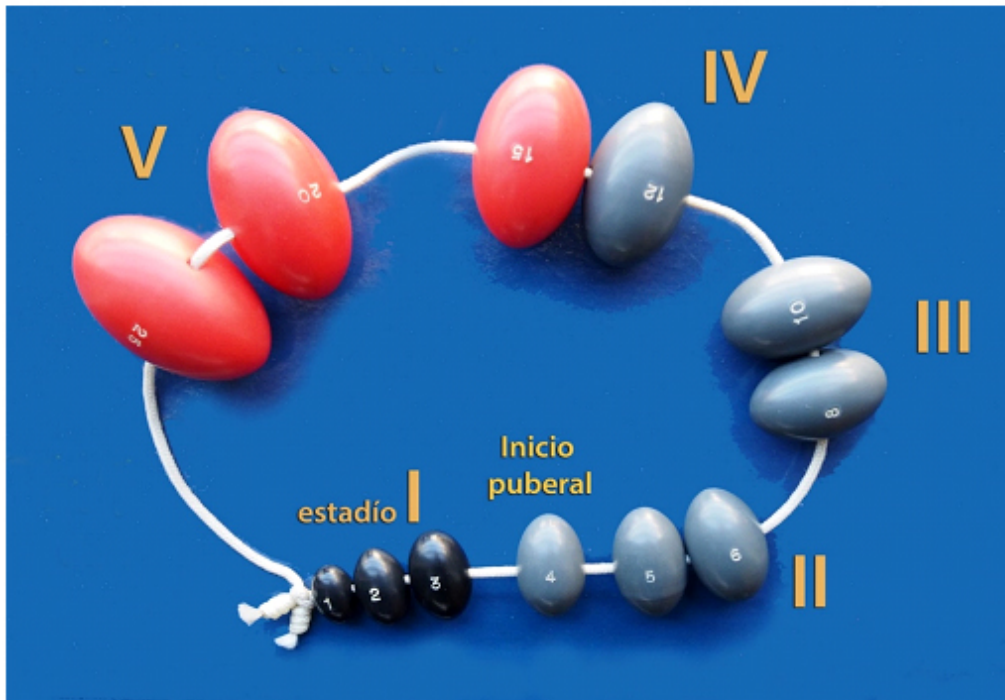


### Estadio 5 (P5)

Desarrollo de la vellosidad adulta con respecto a tipo y cantidad; el vello se extiende en forma de un patrón horizontal, el llamado patrón femenino (el vello crece también en la cara interna de los muslos). En el 80% de los casos, el crecimiento del vello continúa hacia arriba, a lo largo de la línea alba (estadio 6).



ANEXO 2. Estadios puberales VARONES



Orquidómetro de Prader (1966)



Orquidómetro de madera Prader Balls

### ESCOLIÓMETROS



ANEXO 3. Estadios puberales VARONES





## ANEXO 4. Carta a los padres

Apreciados Sres.

Ahora que su hijo/a ha cumplido 11 años y ha entrado en la adolescencia hay algunas cosas que me gustaría comentarles ya que son importantes para mantener el cuidado de su salud.

Como ustedes ya saben, a esta edad no sólo tendrá cambios en su aspecto físico y el desarrollo de sus características sexuales, sino que su comportamiento y forma de pensar puede variar de tal forma comparada con las de ustedes que pueden dar lugar a intranquilidad y situaciones conflictivas.

En las próximas visitas me dirigiré ya a su hijo/a de una forma personal para atender y explicarle como resolver el motivo de su visita y el tratamiento que debe hacer. Es muy importante que ella empiece a captar que es mi paciente y que me interesan no sólo sus enfermedades sino todo lo concerniente a sus pensamientos, deseos y preocupaciones. Como parte de esta nueva relación entre médico/adolescente, es necesario un nuevo concepto para los padres que, en ocasiones, parece difícil de aceptar: estoy hablando del secreto médico. Probablemente, habrá algunas cosas que preferirá decírmelas sólo a mí y yo, como médico debo guardar absoluta reserva. Sólo de esta manera se sentirá seguro/a de acudir al médico como consejero que le puede ayudar a tomar sus propias decisiones.

Otro objetivo de esta nueva relación entre médico y paciente es que se dé cuenta de su nueva responsabilidad para cuidarse su propia salud. Por este motivo, le recomendaré que me llame por teléfono para pedir hora o resolver algún problema, y que puede acudir a mi consulta sin permiso de sus padres, si Vds. están de acuerdo conmigo. Si tienen alguna duda para aclarar, estoy a su disposición para que nos veamos cuando lo deseen.

Estoy encantado de haber cuidado de su salud hasta ahora y espero hacerlo durante unos años más. Es importante facilitarle el acceso al médico en este período de la vida ya que los adolescentes, por no saber en quien confiar, tienden a resolver sus problemas como pueden sin consultar a quien, en realidad, les puede ayudar.

Con la confianza de que su hijo/a llegará a la edad adulta saludable y feliz, reciban un cordial saludo.

*(Cedida por el Dr. S. García Tornel. Barcelona. Modificada de Victor C. Strasburger Adolescent Medicine a Practical Guide. Little Brown & Co; 1st edición Mayo 1991).*

## ANEXO 5. Carta a los adolescentes

Apreciado/a amigo/a:

En estos momentos en que estás experimentando grandes cambios en tu cuerpo y en tu forma de pensar quiero hablarte de temas importantes que me ayudarán a que sigamos teniendo una buena relación entre los dos. Como pediatra he ido cuidando de tu salud hasta ahora y quiero seguir siendo tu médico y ayudarte en este período de la vida en el que tienes que empezar a responsabilizarte de tu cuerpo y tu salud hasta que llegues a ser un adulto independiente.

Ya te habrás dado cuenta que con estos cambios puede que te encuentres raro, no entiendas lo que te ocurre y tengas oscilaciones frecuentes de tu estado de ánimo. Yo puedo ayudarte a entender estos cambios y darte la información necesaria para que puedas escoger correctamente cómo quieres cuidar de tu salud.

Para conseguirlo necesitaremos variar un poco lo que hemos hecho hasta ahora. Para que tú puedas hablar libremente, sin la presencia de tus padres, nos entrevistaremos solos y yo mantendré en secreto tus confidencias. Es importante tu confianza en mí. Si yo creo que algo de lo que me cuentas es un problema muy grave, te propondré y ayudaré a que lo expongas a tus padres.

Como ya sabes a los jóvenes os gusta experimentar y hacer actividades algunas de las cuales pueden ser peligrosas. Cuando nos veamos quizás te pregunte si fumas, bebes, tomas drogas o tienes relaciones sexuales. Siempre que hablemos de estos temas será en privado y lo que me digas totalmente confidencial.

Alguna vez puedes necesitar ir a un especialista por un problema concreto, pero debes recordar que yo soy tu médico y que puedes llamarme o venir a verme siempre que tengas una duda o algo que te preocupe.

Después de visitarte nos reuniremos con tus padres y revisaremos cuales son los problemas que he detectado y mis recomendaciones para solucionarlos, sin hablar para nada de lo que me has confiado en secreto.

Deseo de veras que nos sigamos viendo durante unos años más y que este período de tiempo, a pesar de que a veces parece complicado, lo paséis lo mejor posible.

Cordialmente,

*(Cedida por el Dr. S. García Tornel. Barcelona. Modificada de Victor C. Strasburger Adolescent Medicine a Practical Guide. Little Brown & Co; 1st edición Mayo 1991).*

## ANEXO 6. CUESTIONARIO de SALUD para ADOLESCENTES

A continuación se incluyen algunas preguntas sobre las que la gente piensa, pero que a veces son difíciles de realizar. Quizás te resulte más fácil marcar con una X aquello sobre lo que te interesaría preguntar o informarte, o puedes dejar en blanco lo que desees.

Éste cuestionario no formará parte de tu historial médico. Sólo lo utilizaremos inicialmente para que nos ayude a conocernos, y al igual que el resto de la entrevista, su contenido será estrictamente confidencial hasta donde tú desees

### 1. ¿Crees que algo va mal en tu...?

- ALTURA	- NARIZ	- PIEL (acné)
- PESO	- BOCA (dientes)	- Órganos sexuales
- ASPECTO FÍSICO	- CUELLO	- BRAZOS - PIERNAS
- CABEZA	- PECHO (senos)	- ESPALDA
- OJOS	- Corazón (respiración)	- MENTE
- OREJAS	- ESTÓMAGO (dolor, vómitos)	- PENSAMIENTOS

### 2. ¿Tienes alguna pregunta sobre...?

- MENSTRUACIÓN	- ABUSO sexual	- HÁBITOS (higiene, sueño, práctica deportiva)
- EMBARAZO	- VIOLACIÓN	- MÓVIL   INTERNET
- SEXO	- INFECCIÓN sexual	- Tu FUTURO TRABAJO
- ANTICONCEPCIÓN	- DROGAS (alcohol, tabaco)	- MUERTE
- MASTURBACIÓN	- DIETAS (comidas)	

3. ¿Tienes problemas con...?

<ul style="list-style-type: none"> <li>- AMIGOS</li> <li>- NO tienes amigos</li> <li>- HERMANOS</li> <li>- PADRES - familia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Otras personas del COLEGIO</li> <li>- PROFESORES</li> <li>- NOTAS escolares</li> <li>- CAPACIDAD para aprender</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CONTROL del genio</li> <li>- INTIMIDAD</li> <li>- Pensamientos de SUICIDIO</li> <li>- DESOCUPACIÓN</li> </ul>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4. ¿Te gustaría ver a alguna persona o profesional (aparte de tu médico) para comentarle cualquier tipo de preocupación personal (relaciones, familia, colegio, drogas, sexualidad...)?

SÍ \_\_\_ NO \_\_\_

5. ¿Te gustas a ti mismo? (señala un numero con un circulo)

1	2	3	4	5
Sí, mucho	Generalment e	A veces	No mucho	Casi nunca

6. ¿Crees que estás sano? (Subraya la respuesta)

SI      GENERALMENTE      A VECES      NORMALMENTE NO      NO

7. ¿Tienes otras preguntas o problemas que quieras comentar?