

## Entrevista clínica y examen físico del adolescente

M.I. Hidalgo Vicario, G. Castellano Barca



*“La cosas que debemos aprender para poder hacerlas, son las que se aprenden haciendo”*  
Aristóteles

### INTRODUCCIÓN

La entrevista y el examen físico constituyen una parte fundamental en la atención al adolescente, ya que va a permitir al profesional recoger información, detectar problemas y establecer el tipo de relación para el futuro; ha de ajustarse a unas normas ético-legales.

Debido a la escasa frecuentación del adolescente a la consulta, el pediatra debe aprovechar al máximo esas visitas para ayudar tanto al adolescente como a su familia. Se debe tener presente que el adolescente no es “un niño grande o un adulto pequeño” sino una persona con características y necesidades propias y que requiere un enfoque diferente al niño o al adulto. La información obtenida permitirá una consulta integrada, coherente y ordenada, además de selectiva y diferenciada por los equipos asistenciales (centro de salud, urgencias, hospital).

Para atender adolescentes, realizar una adecuada entrevista, exploración y establecer una buena relación, se necesita: interés—que al médico le gusten los adolescentes y se encuentre a gusto, ya que estos tienen una sensibilidad exquisita para identificar el rechazo—; tiempo; conocimientos sobre las características de su desarrollo, sus problemas, sus conductas, sus riesgos y formas de enfermar; así como experiencia profesional que se adquiere con la práctica.

En la adolescencia se produce un cambio muy importante en la relación médico-paciente-padres con respecto a la que se tenía durante la infancia y ello implica varios aspectos a tener en cuenta:

- **Privacidad.** Se debe hablar a solas con el adolescente en algún momento de la entrevista.
- **Confidencialidad.** La entrevista entre el adolescente y su médico no será comentada con los padres sin su permiso, a excepción de peligro para su vida, o la de otros, así como el abuso y el maltrato. Esto es algo que se debe dejar claro al joven desde el inicio de la entrevista. Si se da alguna de las situaciones comentadas, hablaríamos con él y le ayudaríamos a buscar la mejor solución. Los adolescentes, en general, desean hablar de diversos temas con sus padres en un ambiente seguro, y la consulta y el profesional pueden facilitarlos. Confidencialidad no implica ser cómplice y puede ser esencial en el proceso de diagnóstico y tratamiento.

- **Buena interacción.** El profesional debe escuchar con interés, respeto y empatía, hacer de abogado y consejero, nunca de juez. El hecho de escuchar ya es, en sí mismo, terapéutico.
- **Tranquilizar al adolescente,** ya que con frecuencia está preocupado por los cambios que experimenta y por sus problemas. El joven está continuamente haciéndose la misma pregunta ¿soy normal? El profesional debe ayudarlo a alcanzar sus objetivos durante este periodo: independencia de los padres; aceptar los cambios corporales; establecer relaciones con sus pares y nuevos estilos de vida; así como la identidad sexual, vocacional, moral y del yo.
- **Educación para la salud.** Explicar al joven los cambios que va a experimentar inherentes a su desarrollo físico, psicológico y social, utilizando “las guías anticipadas”.
- **Contar con la familia.** Aunque el adolescente sea nuestro principal objetivo, la familia es muy importante ya que está integrado en ella y además hay que consultarla para conocer la historia clínica previa, las preocupaciones actuales, entender la dinámica familiar, aliviar el sentimiento de rechazo o culpabilidad que, a veces, tienen los padres, negociar límites, contribuir a que surjan cambios dentro de la familia y asegurar el tratamiento y seguimiento. Igualmente habrá de tenerse en cuenta su “segunda familia” (compañeros, colegio y comunidad).

El adolescente tiene un papel importante en la entrevista. Si de entrada se le considera como un problema, la relación de atención será vertical, con el profesional como experto poseedor del conocimiento y el adolescente sujeto pasivo de la intervención. Se le debe considerar como una persona estratégica en su propio desarrollo personal, así se favorece una intervención más horizontal e integral sin dejar de ser asimétrica, ya que el adolescente necesita y busca profesionales con autoridad que le ayuden y no colegas.

El examen físico es la continuación de la entrevista y una excelente oportunidad para saber que piensan sobre su cuerpo, sus temores y miedos; en ocasiones, aquí se descubre el verdadero motivo de la visita.

### ENTREVISTA CLÍNICA

#### Objetivos de la entrevista

Se debe tener presente que, en esta etapa de la vida, la entrevista puede ser la última oportunidad del médico para asesorar, orientar, diagnosticar, corregir y ayudar al joven antes de que se incorpore a la vida adulta. Los objetivos de la entrevista se encuentran interrelacionados entre sí y se exponen a continuación:

1. Identificar el problema real tanto físico, psicológico, emocional, sociocultural y judicial. Es necesario saber quien identificó el problema (padres, amigos, propio adolescente) y cuáles son los objetivos del adolescente al acudir a la consulta, cuál es su opinión, y cuál es el problema que realmente le preocupa: "la agenda oculta". El paciente puede acudir por un dolor torácico y lo que realmente le preocupa es una ginecomastia o una asimetría de las mamas. Puede venir por un dolor abdominal y en realidad temer un embarazo o una posible infección de transmisión sexual.
2. Establecer una buena relación terapéutica para asegurarnos el seguimiento y el tratamiento. A veces, será necesario implicar a los padres.
3. Valorar el desarrollo madurativo psicosocial del adolescente. Conocer sus capacidades y factores protectores para afrontar y resolver los problemas, así como su disposición a ello.
4. Valorar si tiene apoyos en su entorno. Se debe analizar cada situación personal y conocer la dinámica familiar, si tiene amigos, el apoyo de la pareja, etc.
5. Tomar decisiones valorando las más razonables y las preferidas por el joven.
6. Prevenir problemas de salud futura, realizando educación para la salud con un consejo socio-sanitario participativo.

### Contenido a recoger en la entrevista

Es preciso realizar una buena historia clínica. Además del motivo de consulta, debemos abordar todos los aspectos de la vida del adolescente incluyendo los antecedentes familiares y personales a lo cual nos ayudarán los padres. Aunque cada profesional puede tener su forma personal de entrevistar, se puede recurrir a varios acrónimos, como los citados a continuación, para recoger la información:

La Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA) propone: F.A.V.O.R.E.C.E.R. la salud.

**F**-amilia: relación con padres, hermanos, grado de satisfacción.

**A**-migos: relación con amigos, grado de satisfacción.

**V**-ida sana: vacunación, alimentación, ejercicio-deporte, sueño.

**O**-bjetivos: ilusiones, ocio y tiempo libre.

**R**-eligión: espiritualidad y apoyos del entorno.

**E**-stima: valoración de su imagen, autoestima, auto concepto, identidad.

**C**-olegio-universidad-trabajo: relaciones con los profesores-entorno, rendimiento, grado de satisfacción.

**E**-stima mental: ansiedad, tristeza, miedos, conducta, sentimientos.

**R**-iesgos: violencia, accidentes, drogas-medicaciones, sexualidad y nuevas tecnologías.

La Academia Americana de Pediatría: propone HEADSSSS (Hogar, Educación-trabajo, Actividades, Drogas, Sexualidad, Sadness-depression-suicide, Safety, Spirituality, Strengths).

### Técnica de la entrevista

La entrevista se compone de tres partes: el inicio con la presentación o acoplamiento del profesional con el adolescente, haciéndole sentir cómodo con preguntas informales, incluso se le puede explicar cómo se va a desarrollar esta y si luego a continuación le vamos a explorar. La parte central, recopilando y

trasmitiendo información de forma estructurada y determinando los problemas, valorando los factores, situaciones y conductas de riesgo. Y la parte final tras la exploración con las conclusiones sobre los problemas que se han detectado, los acuerdos que se han establecido, así como una nueva citación y un plan terapéutico.

### Inicio. Presentación

Es importante que el facultativo se presente él mismo a la familia y al adolescente como "médico del adolescente". También se presentarán otros profesionales presentes (residentes, profesionales de enfermería).

Para realizar la primera entrevista se pueden utilizar tres tipos de acercamiento; sea cual sea el empleado, el adolescente debe de ser la primera fuente de información, la utilización de uno u otro acercamiento dependerá de la edad del joven, la complejidad y naturaleza de los problemas, el conocimiento del paciente y la familia, y la situación y personalidad del médico:

- **Ante un paciente nuevo y complejo, el médico puede necesitar de entrada obtener información general de la familia.** Se puede explicar al joven el orden de la visita y que necesitamos unos minutos a solas con los padres para obtener información de "cuando eras pequeño", así se permite obtener los antecedentes personales y médicos del joven, su historia familiar y las preocupaciones de estos últimos. Determinada información, puede hacer que los padres no se sientan a gusto al tener que contarla delante de los hijos, por ejemplo, si están preocupados y piensan que el hijo puede tener un cáncer, o que use drogas, o si creen que tiene relaciones sexuales completas (RSC) y necesita un método anticonceptivo. Obtener esta información al inicio de la visita será mucho mejor que no al final. Después hay que ver al adolescente para la historia adicional y realizar el examen físico.

Los adolescentes deben estar presentes en la entrevista desde el momento que hablan con el médico hasta el final de la visita para que no piensen que el médico divulga información confidencial a la familia. Las visitas de seguimiento pueden iniciarse con un breve encuentro con los padres solos (si los principales problemas persisten) y cambiar rápidamente a los otros dos tipos de visitas.

- **Con toda la familia y el joven.** Esto nos dará información de la dinámica familiar, por ejemplo, si se le pregunta al joven el porqué viene y rápidamente nos contesta la madre. Se le puede pedir al adolescente que presente a su familia, esto le demuestra que el médico está interesado sobre todo en él. Después se continuará solo con el joven.

Se debe estar siempre preparado para hacer de abogado del joven ante unos padres críticos. Hay que destacar sus características positivas y habilidades, ya que los padres se suelen olvidar al estar agobiados por los problemas del hijo. También se evitará que los jóvenes sean irrespetuosos con los padres.

- **Con el adolescente solo.** Algunos profesionales prefieren este tipo de visita, ya que creen que se establece una mejor relación y confianza. Se debe explicar al adolescente que posteriormente, tras hablar con él, se pedirá información a los padres sobre su pasado. El adolescente puede estar presente y escuchar lo que se habla. Este tipo de entrevista es para adolescentes mayores.

Para obtener una completa historia clínica, además de la entrevista, se pueden utilizar cuestionarios que, en general, favorecen esta, pero nunca deben sustituirla (véase modelo en los anexos). Tienen ventajas: constituir una actividad para el paciente mientras espera en la sala, proveer información básica para iniciar la entrevista, ayudar a romper el hielo en los pacientes tímidos y además le hace ver al adolescente que el médico está interesado en todos sus problemas, aunque no sean físicos. También tienen limitaciones: son impersonales, semejan a los test escolares, tendencia de los padres presentes a influir en las respuestas y algunos jóvenes pueden tener dificultades para entenderlos.

Se aconseja preguntar al joven cómo quiere que le llamemos (algunos prefieren su diminutivo o no desean dar su verdadero nombre) y si quiere o no que escribamos los datos de la historia clínica. En este último caso el médico debe recoger y guardar algunos datos que consultará en sesiones sucesivas antes de atenderle, ya que de otra forma puede olvidar cuestiones importantes o confundirse, lo que ofrecerá una pobre imagen del interés que había referido previamente tener en el adolescente.

### *Interacción determinando los problemas*

Dada la necesidad de establecer un sentimiento de confianza con el médico para poder posteriormente hablar de temas más delicados, el profesional puede iniciar la entrevista presentándose, preguntando informalmente sobre los amigos, cuáles son sus aficiones, los deportes que practica, etc. y dejarle hablar. También se puede empezar con preguntas sobre su salud y revisión de los diferentes sistemas orgánicos. Las entrevistas son más provechosas si se hacen de forma distendida con una visión positiva y con buen humor.

Se abordará el motivo de consulta, y los problemas que realmente le preocupan que pueden ser muy diferentes de los planteados por los padres, o incluso del que le ha traído a la consulta –agenda oculta– ya comentada. En esta parte de la entrevista es necesario:

- **Escuchar prestando atención.** Se deben considerar seriamente sus comentarios para hacerle sentir que se le está tratando como un adulto y no como un niño o como un caso clínico. Se hará de forma privada, sin interrupciones, ya que distancian la relación; a ser posible frente a frente, sin mesa de separación, puesto que haría de barrera; tampoco se deben tomar notas, mirar al ordenador u ordenar papeles ya que dará sensación de poco interés, y por último, no se debe olvidar que el joven necesita tiempo para crear buenas relaciones con el médico antes de hablar de temas delicados.
- **Asegurar siempre la confidencialidad** al adolescente y a los padres sea el paciente nuevo o conocido. No se debe temer este compromiso; si el problema es importante, le explicaremos la conveniencia de decirselo a los padres y le ayudaremos a ello, asumiendo el médico el papel de abogado a lo que generalmente suelen acceder.
- **Observar** el aspecto, la mirada, los gestos, signos de ansiedad, cómo es su conducta... es lo que se llama comunicación no verbal. Investigar siempre las razones tras una acción, por ejemplo, tras el inicio de RSC en la adolescencia temprana, valorar si detrás de ello hay una baja autoestima, un abuso

sexual, una depresión, un abuso de drogas o problemas familiares. Se tienen dos ojos y dos oídos para observar y escuchar mucho y solo una boca, probablemente, para hablar menos.

- **Forma de hablar con el adolescente:**

- Se debe usar un lenguaje sencillo que él entienda y se sienta a gusto. Evitar utilizar términos médicos ni jerga juvenil, el joven no espera que lo atienda otro adolescente.
- Evitar la sensación de interrogatorio. Hacer las preguntas sencillas y naturales, en términos que él pueda entender, deben usarse preguntas abiertas y no cerradas. Ejemplos de preguntas cerradas: ¿Tomas drogas?, la respuesta será sí/no; ¿Tienes novio?, la respuesta será sí/no. En cambio una pregunta abierta sería: ¿qué cambiarías en la relación con tu novio?, háblame de esto, ¿qué te parece?, ¿por qué?, ¿cómo?... así se facilita la comunicación. Se empieza con temas menos personales, y se usarán los términos de género neutral hasta que el adolescente haya expresado sus preferencias, por ejemplo, ¿tienes pareja?, ¿cómo se llama?
- Evitar los silencios prolongados ya que producen inquietud, nerviosismo y tensión en el adolescente, además de una valoración negativa hacia el entrevistador.
- Evitar utilizar el papel de sustituto del padre, o de otro adolescente. Los jóvenes necesitan que les aconseje alguien maduro con conocimientos y autoridad. Igualmente se debe evitar proyectar los sentimientos de nuestra propia adolescencia, aunque el recordar que fuimos adolescentes nos ayudará a comprenderles.
- Ser neutral, escuchando y aconsejando sin juzgar. Evitar “darles la charla”. Se pueden entender sus conductas y se les apoyará en los momentos bajos lo cual no quiere decir que las apoyemos. Dejar que expresen sus ideas, darles información, proporcionar alternativas, señalar las incongruencias/discrepancias si las hay, y esperar a que él emita sus propias decisiones y soluciones ¿a ti que te parece?, ¿cómo te sentiste? Ayudarles a mirar sus problemas desde una nueva perspectiva. En general, los adolescentes desean tomar las decisiones correctas que reciban la aprobación de las personas que les rodean. Ayudarles a clarificar y reforzar sus deseos y proyectos vitales, constituye un gran motor para el cambio y desarrollo personal. Que se den cuenta de sus contradicciones –conductas de riesgo y metas del futuro– (entrevista motivacional).
- Criticar la actividad, pero nunca al adolescente. Por ejemplo, decirle que el sexo nunca debe ser forzado, que es mejor esperar hasta estar física y psicológicamente preparado. Que el alcohol y las drogas son peligrosos, ya que comprometen su juicio y hacen peligrar su seguridad y su salud. Expresar nuestro interés y preocupación por él, puesto que minimizar sus preocupaciones sería una forma de alejarle.
- Felicitar por las conductas saludables como realizar una actividad deportiva regular, no usar drogas, o mantener la abstinencia sexual. El adolescente necesita oír que son elecciones inteligentes, normales y saludables y que muchos otros adolescentes también las practican.
- Informar al paciente de acuerdo a su estado de desarrollo. No agobiarle con demasiada información. Inculcar responsabilidad y asertividad. Ellos son los responsables de su

propio cuidado y salud. Apoyar la autoeficacia: creer en que puede lograr el cambio es muy motivador. Dar esperanzas sin crear falsas expectativas que no podamos cumplir.

- Evitar etiquetar al adolescente con diagnósticos, ya se verá posteriormente.
- **Procedimientos que nos pueden ser de utilidad:**
  - Hacer resúmenes periódicos. A veces, los jóvenes expresan mal sus sentimientos, por ello es bueno hacer resúmenes sintetizando la conversación. Por ejemplo: “vamos a ver si te he entendido, te gusta Juan, pero no quieres tener RSC, y piensas que, si le dices que no, te dejará y se irá con otra”.
  - Preguntar y aclarar afirmaciones o expresiones de sus sentimientos, ya que a veces hacen comentarios adicionales, por ejemplo, ¿qué quieres decir con eso?
  - Las “preguntas en espejo” o “técnica del eco” ayudan a reflexionar, por ejemplo: ¿te gusta ir al colegio?, lo odio. El médico responderá: ¿lo odias?, sí porque mis compañeros siempre se meten conmigo, me hacen de menos... ¿Cómo te llevas con tu madre?, paso, la odio. ¿La odias?, ¿qué tal con tus amigos?, me aburro. ¿Te aburres?...
  - Reafirmar hechos ciertos, aunque embarazosos, por ejemplo: es frecuente que chicos y chicas de tu edad consuman marihuana, ¿tienes opinión sobre este asunto? ¿la has probado?; algunos chicos dicen que sin pastillas es difícil divertirse ¿qué opinas tú?
  - Hablar de terceras personas y preguntas tranquilizadoras. Por ejemplo: la masturbación (jugar con los genitales) en las chicas no es nada raro ¿te preocupa este tema?
  - Apoyar a través de respuestas empáticas, por ejemplo: me imagino lo mal que te debes haber sentido cuando te dejó Pedro...; supongo que tu dependencia de inyecciones y dieta estricta para controlar tu diabetes es muy duro, etc.
  - Para negociar cambios es preciso comenzar por modificaciones leves, por ejemplo: ¿qué te parece si dejas de beber cerveza los días de diario?
- **Posibles actitudes de los adolescentes:** cuando se atiende a adolescentes, hay que tener presente que podemos encontrarlos en situaciones complicadas y debemos estar preparados para resolverlas:
  - *El paciente silencioso.* Ha sido obligado a acudir o bien es incapaz de expresar sus temores e inquietudes por haber sido maltratado. A veces hablar de que imaginamos como se sienten, de la escuela, de los deportes... puede ayudar a romper el silencio.
  - *El paciente hablador.* Algunos hablan mucho en la primera visita y luego se arrepienten. Es bueno frenarles y dejar cosas para otro momento cuando haya más confianza. Otros hablan sin parar y evitan dialogar de sus problemas, habrá que ver qué está pasando.
  - *El paciente que llora.* Aunque a veces pueda ser incomodo, es bueno mantener el silencio hasta que se calme. Tras la crisis, en muchas ocasiones, el paciente se sentirá aliviado y contará sus problemas. El llanto es útil y terapéutico, y favorece la relación médico-paciente
  - *El paciente ansioso, nervioso.* Se deben usar expresiones tranquilizadoras.
  - *El paciente fabulador.* Hacérselo notar y analizar el porqué.

- *El paciente escéptico.* Habrá que analizar la situación y ofrecer soluciones a sus problemas.
- *El paciente agresivo.* No hay que involucrarse. Recordar que el clínico no es el motivo de la rabia, lo mejor es reconocer el sentimiento, identificar la causa y ofrecer ayuda. Si hay hostilidad cambiar a un tema indiferente como deporte o música o pasar a la exploración.

### **Final de la visita. Resolución**

Tras el examen físico se hará un resumen comentando los hallazgos y el plan a seguir. Se debe responder a todas las preguntas, preocupaciones y dudas del adolescente. Felicitarle por los logros y el esfuerzo realizado, y también a los padres por apoyar y guiar al adolescente. En ocasiones, será preciso solicitar analítica, interconsultas, comprobar el calendario vacunal, informar de recursos sanitarios y contactar con el colegio.

Se puede invitar a los padres o al acompañante para hablar de su estado de salud si el adolescente lo desea. Toda la información que se revele a los padres debe haber sido acordada previamente con el paciente para así mantener la intimidad y confidencialidad; hay que ponerse de acuerdo prevaleciendo la opinión del médico. Se puede aportar material educativo sobre las conductas saludables.

El tratamiento se planteará según las características del joven, en ocasiones será necesaria la colaboración de la familia. Informar de los recursos comunitarios, ayudarles en la transición al servicio de adultos, sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas. Se establecerá una cita de control, asimismo, hay que dejarles claro que estamos siempre a su disposición para lo que necesiten, tanto en problemas orgánicos como psicosociales.

### **Factores que influyen en la entrevista**

Existen una serie de factores que pueden influir en la comunicación entre el médico y el paciente:

#### **Relativos al adolescente**

Los adolescentes tienen unas necesidades de salud integral (aspectos biológicos, psicológicos y sociales) y en general no son conscientes que la mayor parte de sus problemas están relacionados con su estilo de vida y que son prevenibles. En los últimos años estos problemas se han hecho más complejos: problemas escolares, violencia, accidentes, consumo de drogas, inicio precoz de las relaciones sexuales, malos hábitos nutricionales, trastornos del comportamiento alimentario, las tecnologías, problemas de salud mental, etc. y a pesar de ello acuden poco a consultar a los profesionales sanitarios; quizás, lo que ocurre es que nuestro sistema sanitario no está adaptado a las necesidades de salud de esta población. Existen una serie de barreras que obstaculizan el acceso de los jóvenes a los servicios sanitarios y pueden verse en la Tabla I. Cuando el adolescente acude a la consulta médica experimenta una gran incertidumbre y tiene muchas dudas:

- **Respecto al mantenimiento de la confidencialidad por parte del médico.** Este es un principio vital para el joven.
- **¿Entenderá mis problemas?, ¿me podrá ayudar?** Debido al pensamiento mágico, los adolescentes sobrevaloran sus problemas que además los consideran únicos e irrepetibles, y piensan que difícilmente les podrán ayudar.

**TABLA I.** Barreras en la atención del adolescente.

1. **Burocratización del sistema.** Para acudir al sistema sanitario hay que citarse e identificarse y ello impide muchas veces la confidencialidad que es la base de una buena relación profesional-adolescente
2. **Falta de una adecuada atención por parte del profesional** debido a múltiples razones como: falta de tiempo, de capacidad de escucha o de interés, entre otras
3. **El adolescente niega o infravalora sus problemas.** Durante su desarrollo psicológico con el pensamiento de omnipotencia e inmortalidad, piensa que a él no le va a pasar nada y, por ello, se suele retrasar en consultar sus problemas
4. **El adolescente no sabe dónde acudir.** No tiene o no sabe quién es su médico, falta de confianza y/o no conoce los recursos sanitarios. Actualmente, existen en nuestro país programas para los jóvenes sobre drogas, sexualidad o infecciones de transmisión sexual, pero no hay una verdadera coordinación. Por todo ello, se están desarrollando otros modelos de práctica no tradicional para facilitar el acceso de los jóvenes a los servicios de salud, como se realizan en otros países: centros de atención localizados en institutos, facultades, furgonetas móviles..., donde se atiende a los adolescentes de forma integral. A diferencia de la práctica tradicional, en la adolescencia es el médico el que tiene que buscar y atraer al adolescente
5. **Falta de coordinación entre los servicios**

- **¿Descubrirá mis secretos?** Los jóvenes piensan que, por la simple exploración física, el médico conocerá que ha estado implicado en masturbación o que ha tenido relaciones sexuales...
- **¿Podré acudir sin cita?** El adolescente, o no acude al médico o, a veces, sus dudas y problemas son un grave problema que no admite espera y tienen que acudir ya.
- **¿Podré acudir con mi amigo/a, novio/a?** Cuando los jóvenes plantean ciertas cuestiones, la compañía de la pareja hace más llevadera la consulta y las acciones derivadas de la misma, por ejemplo, el uso de anticonceptivos, la joven lo cumplirá mejor si su compañero está de acuerdo y lo aprueba.

### Relativos al profesional

Actualmente, sigue siendo muy controvertido quien debe ser el profesional que atiende a los adolescentes. Dadas las características de la formación del pediatra que está acostumbrado a tratar individuos en constante crecimiento y desarrollo, a realizar prevención y educación para la salud, tiene amplios conocimientos médicos, la relación que establece con el paciente desde la infancia, que progresivamente va cambiando con la edad, entre otras, el pediatra, según palabras de Vallbona, es el especialista idóneo; aunque bien es cierto que muchos no se sienten adecuadamente preparados y precisan formación. Muchos pensamos como T. Silber que la atención del adolescente pertenece a todos aquellos que se interesan por él, siendo más importante que la titulación el querer hacerlo (la motivación).

La personalidad del médico y su filosofía se considera como lo más importante en el cuidado médico al adolescente. Se precisa equilibrio y madurez. En la Tabla II pueden verse los requisitos necesarios. Algunos autores refieren que quizás, previamente,

**TABLA II.** Requisitos que debería tener el médico que atiende adolescentes.

- Madurez personal
- Autoestima (seguridad)
- Poseer un claro concepto de autoridad con flexibilidad
- Ser sensible (saber dar y recibir afecto)
- Tener sólidos valores morales, culturales y espirituales coherentes con su generación
- Comprensión adecuada de la sexualidad humana libre de prejuicios y doble moral
- Capacidad de comunicación sincera y fluida con los jóvenes
- Conocimientos adecuados de los problemas sociales del presente

Referencia: Dulanto E, Girard G. Entrevista clínica. En: Dulanto E, ed. El adolescente. México: McGraw-Hill Interamericana editores; 2000; p. 696-704.

los profesionales médicos deberían realizar una autorreflexión de su historia personal:

- **¿Me gustan los adolescentes? ¿Quiero verlos?**
- **¿Es adecuada mi preparación? ¿Estoy dispuesto a adquirir formación?** Muchas veces lo que ocurre es que el profesional tiene miedo a no hacerlo bien por falta de experiencia, de preparación, por pobre competencia para dirigir ciertos temas relacionados con la salud reproductiva, la salud mental o los problemas de drogas. El médico debe actualizar sus conocimientos en diversas áreas como: endocrinología, ginecología, psiquiatría, psicología, sociología y aspectos ético-legales.
- **¿Me gusta el trabajo en equipo?** Debido a la complejidad de los problemas de los adolescentes, su atención precisa, en muchas ocasiones, una intervención multi e interdisciplinar. Si se deriva el paciente a otro profesional, se debe seguir siendo el médico de referencia del joven y coordinar su atención y tratamiento.
- **¿Cómo soy? ¿Soy autoritario? ¿Seré neutral?** Recordar como éramos de jóvenes a los 13, 15, 18 años puede ayudarnos a conectar mejor con los jóvenes. ¿Qué me preocupaba?, ¿cómo era la relación con mi familia? ¿con mis amigos? ¿Cómo fue mi primera cita?, ¿mi primera experiencia sexual? ¿Mis proyectos de futuro?, etc. Nunca se debe tratar de imponer nuestra autoridad que es una idea que siempre está presente en el adolescente cuando va a hablar con el profesional, piensa que los argumentos médicos van a coartar su libertad. Se debe ser neutral. En general el entrevistador joven tiende a identificarse con el adolescente, que por otra parte le considera adulto, y el entrevistador de más edad tiende a identificarse con los padres. Ninguna de esas dos posturas es adecuada.
- **¿Tengo tiempo?** Las consultas con el adolescente son de más duración que las pediátricas y están sometidas a cierta improvisación ya que en ocasiones el paciente necesita ser atendido el mismo día. Debemos dar facilidades y ser flexibles.
- **¿Podré cumplir las directrices necesarias para ayudar al adolescente?** Con frecuencia la pérdida de autoridad de los padres y tutores conduce a una falta de normas y límites en la educación, lo que dificulta el cumplimiento de las directrices y desalienta al médico.

- **¿Puedo tener problemas legales?** La entrevista ha de ajustarse a unas normas ético-legales y de planteamiento hábil que permitan obtener la información necesaria para orientar y tratar.

En España, la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente, define la historia clínica como el “conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo de su proceso asistencial”. Incluye la identificación de los médicos y otros profesionales que han intervenido en el proceso. En la Tabla III se expone el contenido mínimo a recoger y a tener presente en la atención al adolescente.

Determinados temas *referentes a anticoncepción y sexualidad*, pueden plantear problemas con los padres, y suscitan el temor de verse involucrado en procesos judiciales por cuestiones legales. Se debe tener presente que, en la actualidad, toda relación sexual en menores de 16 años, aunque haya acuerdo mutuo, se considera abuso sexual y habrá de valorarse la situación.

*El menor maduro.* En cualquier legislación la protección del menor es de interés primordial y en España nos remite a la Ley 26/2015 que a su vez incide en la Ley previa 41/2002, modificando aspectos de esta en lo referente a ensayos clínicos y remitiendo a lo establecido sobre la mayoría de edad civil y las disposiciones de aplicación. La mencionada Ley 26/2015 de 28 de julio incorpora los criterios de la Circular 1/2012 de la Fiscalía General del Estado en los conflictos ante transfusiones de sangre, y otras intervenciones médicas sobre menores de edad en caso de riesgo grave.

Transcribimos de un texto de N. de la Horra Vergara la definición de menor maduro: “... aquel menor con capacidad intelectual y emocional para comprender el alcance de la intervención de que se trate. En esta situación se encuentran los menores de 16 y 17 años que no sean incapaces o estén incapacitados, los menores emancipados y los menores de dieciséis años, cuando a criterio del facultativo, tengan suficiente madurez para consentir, esto es, que sean capaces de comprender la naturaleza y las consecuencias de una determinada actuación en el ámbito de la salud”.

Aclarando aún más el concepto principal, la Fiscalía General del Estado en su Circular 1/2012 dice: “el desarrollo cognitivo y emocional no va ligado de manera uniforme a la edad biológica”. La edad en sí misma no puede determinar la trascendencia de las opiniones del niño. El entorno, los estudios, la experiencia y los factores sociales y culturales contribuyen al desarrollo del niño para formarse una opinión. Por este motivo las opiniones del niño tienen que evaluarse caso por caso.

Respecto a los menores que han cumplido dieciséis años se considera que han alcanzado la “mayoría de edad simple” para aceptar o rechazar información, o elegir tratamientos médicos en las cuestiones sanitarias, y tienen reconocida plena capacidad con excepción si la intervención/actuación pone en riesgo grave su vida o su salud.

N. de la Horra Vergara indica que por encima de dieciséis años se presume la capacidad con carácter general y si el médico considera que no la tiene deberá demostrarlo.

Los menores de dieciséis años deben ser escuchados, aunque se presume que no tienen capacidad, y para aceptar la decisión del menor –sin la presencia de sus representantes legales– el médico

**TABLA III.** Cuestiones legales. Contenido mínimo a recoger en la atención al adolescente.

#### Siempre

- Autorización de ingreso si procede
- Informe de urgencias si existe
- Anamnesis, exploración física, evolución, órdenes médicas
- Hoja de interconsultas si se han hecho
- Informes de exploraciones complementarias cuando las haya
- Consentimiento informado

#### En caso de asistencia hospitalaria

- Informe de quirófano o parto
- Informen de Anatomía Patológica
- Evolución y planificación del cuidado de enfermería
- Aplicación terapéutica de enfermería
- Grafico de constantes
- Informe de alta

#### El derecho a la intimidad

- Convierte la discreción en un hábito
- Ante la duda sobre posibles asuntos graves indaga con prudencia
- La contraseña del ordenador que permite entrar a las historias clínicas guardarlo en la cabeza, no en la pantalla
- Las sesiones clínicas sin identificar al paciente
- Pedir consentimiento para informes
- Evitar la circulación de listado de pacientes
- Si no lo hay, solicitar un destructor de papel

#### Acceso a la historia clínica

- Por el interesado/a si no venció el plazo legal de custodia
- Por los padres salvaguardando el beneficio del menor y respetando la confidencialidad
- Por familiares y terceras personas autorizadas
- Por profesionales sanitarios y personal de inspección
- Para fines epidemiológicos, salud pública e investigación
- Deben preservarse los datos de identificación personal separándolos de los clínico-asistenciales
- Por los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado
- Por jueces. No se permite el acceso cuando perjudique la confidencialidad de terceros cuyos datos se han recogido en interés terapéutico del enfermo. No se permite el acceso a las anotaciones subjetivas del médico

#### Otras cuestiones legales

- Lo que no está en la historia no existe ni para bien ni para mal
- El extravió de la historia es impune si no hay daño
- Para que exista indemnización es necesario que exista nexo de causalidad objetiva entre la pérdida y los daños del paciente
- En caso de actuación judicial, si el médico considera que el acceso a la historia perjudica al menor, debe hacer de garante limitando o restringiendo información, o incluso someterlo al fiscal
- En general se admite que la historia clínica debe conservarse durante 5 años. En España algunas comunidades autónomas recomiendan 20 años. Si técnicamente es posible se aconseja conservar las historias pediátricas indefinidamente por la importancia futura

deberá demostrar que si tiene la capacidad suficiente para tomar decisiones concretas.

F. Montalvo afirma que se ha pasado del paternalismo médico a una relación basada casi exclusivamente en la autonomía del

paciente, lo cual a su vez ha propiciado la medicina defensiva y las desviaciones en la investigación con seres humanos.

C. Martínez dice: “La madurez se desarrolla progresivamente durante un proceso psicológico estudiado fundamentalmente por Kohlberg (1927-1987)”. El término autonomía se usa en sentido legal y madurez en sentido psicológico y moral. Al cumplir 18 años se adquiere la autonomía y la mayoría de edad legal, pero no todos los adultos han alcanzado la madurez.

A la vista de lo expuesto es evidente que los profesionales sanitarios deban conocer algunos aspectos legales relacionados con la atención sanitaria al adolescente para no incurrir en malas prácticas. Estos se resumen en:

- **≥ 18 años se considera mayoría de edad**, la ley 33/1978 y son autónomos para decidir excepto si están incapacitados legalmente.
- **16-18 años se considera la mayoría de edad sanitaria** (Ley 41/2002) y son autónomos para decidir excepto si la intervención/actuación pone en riesgo grave su vida o su salud. En este caso el consentimiento lo dará el representante legal, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del joven. Se consideran grave riesgo: ensayos clínicos, reproducción humana asistida, e instrucciones previas (denominación que en España ha recibido el testamento vital, documento por el que el paciente, ante la previsión de perder la capacidad de obrar en el futuro, puede disponer por escrito qué tratamientos quiere o no recibir en un contexto del final de la vida (habitualmente medidas extraordinarias –reanimación, antibioterapia, etc.–).
- **12-16 años: la autonomía dependerá de si hay madurez del menor** (Ley 41/2002 y reforma de 2015), en estas se utiliza un criterio mixto (edad y madurez) que es algo confuso. Aquí decide el profesional y siempre se debe informar y escuchar la opinión del adolescente.
- **<12 años: no tienen capacidad**, han de consentir por él los padres o tutores. El joven tiene derecho a ser escuchado y que su opinión se tenga en cuenta.

#### **Motivo de consulta del paciente/padres/médico**

Aunque se quiera aprovechar la escasa visita del adolescente para hacer educación para la salud, se debe atender primero a lo que el paciente quiere –su motivo de consulta–, aunque esto signifique tener que dar otra cita posterior.

#### **Sexo del médico y del paciente**

Las preferencias del adolescente por un médico de un sexo específico van a depender de las características del paciente. Las chicas quieren un médico femenino cuando son jóvenes, inmaduras o han tenido una experiencia negativa con un médico masculino. También va a influir el motivo de consulta. Si existe preocupación por un posible embarazo, una infección de transmisión sexual (ITS) o violación, en general, prefieren un médico del mismo sexo y se debe proporcionar siempre que sea posible. En atención primaria como ya existe confianza con su médico, esto no suele ser un problema.

#### **Montaje y organización de la consulta**

Los adolescentes, en general, quieren ser adultos ya, prefieren tener su propia sala de espera y no coincidir o ser considerados

niños. Pero diversos estudios han observado que valoran mucho más la relación establecida con el profesional, que el aspecto de la consulta. Prefieren un médico conocido, accesible al que puedan confiar sus problemas, aunque tengan que compartir la sala de espera con niños o adultos.

En la adolescencia se debe ampliar el tiempo de las visitas. Las primeras consultas pueden durar entre 30-45 minutos. Si se utiliza cuestionario se recomienda citarles 15 minutos antes. Las consultas de seguimiento unos 15 minutos. Se facilitará el acceso y las horas de consultas para evitar que pierdan clases. Es de ayuda tener en la sala de espera revistas y folletos educativos, información de webs sobre temas que les afectan e interesan como pubertad, drogas, ITS, tecnologías, anticonceptivos... significa que está bien hablar sobre esos temas.

La Sociedad Americana de Salud y Medicina de la adolescencia (SAHM) dio una serie de recomendaciones sobre las características que deben reunir las consultas de adolescentes para facilitar su accesibilidad: disponibilidad, visibilidad, calidad, confidencialidad, económicamente accesibles, flexibles y coordinación entre servicios.

#### **Acompañantes**

Cuando acuden a consulta los adolescentes jóvenes prefieren tener a sus padres con ellos, mientras que los mayores prefieren estar solos. El médico deberá establecer siempre, qué parte de la consulta se hará a solas con el joven; si este no quiere, hay que ser flexibles y dejarlo para la próxima ocasión. Se informará a los padres que tendrán la oportunidad de hablar con el médico después de evaluar al paciente. También al amigo/novio ya que el adolescente es muy vulnerable a la opinión y presión de los amigos.

Ante acompañantes intrusivos se debe quitar la interferencia, por ejemplo, hacia el acompañante: ¿qué supone usted que tiene el chico?, o hacia el paciente: ¿qué opinas de lo que dice tu madre? Se puede también proponer un pacto de intervención –primero vemos lo que el chico opina y luego me cuenta usted–, o explicar que dado el nuevo entorno, probablemente el chico necesita tener un cambio de impresiones a solas ¿no le parece? En ocasiones, en la entrevista, se aprecia que el que tiene el problema o está enfermo, es el acompañante, no el paciente y se ayudará a pedir ayuda y derivar.

#### **Desarrollo del adolescente**

Si el joven se encuentra en la fase de lucha por su independencia de los padres con una estrecha relación con los amigos, puede rechazar a los adultos, tanto a la familia como al médico. También puede rechazar al profesional, por tener sentimientos de culpa al haber estado comprometido en actividades como relaciones sexuales, creyendo que el médico los puede descubrir por la simple exploración.

Debido a los cambios corporales, los adolescentes se encuentran extraños dentro de su cuerpo, con grandes preocupaciones sobre su imagen corporal, su desarrollo y su adecuación sexual, de ahí su continua pregunta y temor, como ya hemos comentado, ¿soy normal?, por ejemplo: un varón con ginecomastia o un pene pequeño, puede estar muy preocupado sintiendo que es “menos macho”. Igualmente, un adolescente con adelanto o retraso pube-

ral, puede condicionarle un problema de autoestima e implicarse en conductas de riesgo y rechazo al profesional.

## ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La entrevista motivacional (EM) es una forma de intervención terapéutica que ayuda a los pacientes a cambiar conductas que pueden dañar su salud. Consiste en un estilo directivo (se caracteriza por una baja tolerancia a la ambigüedad y un modo de pensar racional), centrado en el paciente, que facilita la comunicación y ayuda al adolescente a cambiar su conducta-problema, mediante la exploración y resolución de su ambivalencia. No se trata simplemente de una técnica de entrevista, sino de una filosofía que, respetando al paciente, facilita la relación interpersonal y la exploración de la posibilidad de cambio. El clínico debe guiar al joven a que examine y resuelva su ambivalencia; la tarea de resolverla es del adolescente. La motivación para el cambio debe surgir del joven y no ser impuesta desde fuera.

Conductas a las que se aplica: uso y abuso de drogas, trastornos de la alimentación, obesidad, salud reproductiva, actividad física o adherencia a regímenes terapéuticos.

La EM se basa en la **colaboración** entre médico y adolescente para facilitar el cambio sin coerción. Se considera con respeto la perspectiva del paciente; no debe ser la postura de un experto aconsejando; **la evocación**, se busca lo que el paciente lleva adentro o motivación intrínseca, ya que la capacidad y motivación para el cambio reside en el paciente y **la autonomía**, se respetan las decisiones del paciente sin que implique que el profesional esté de acuerdo, el cambio que viene de adentro estará al servicio de los propios valores del joven.

Los cinco pilares de la EM son:

- **Expresar empatía:** escuchar de forma activa y reflexiva, aceptarle como es y no rechazar ni culpabilizar; se acepta que la ambivalencia es un aspecto normal de la vida humana.
- **Originar discrepancia:** descubrir que existe discrepancia entre el presente y a lo que el joven aspira basado en sus valores y expectativas, reconocer la ambivalencia: lo bueno y lo no tan bueno.
- **Evitar discusiones y “convencer”:** el discutir empuja al adolescente a resistir el cambio, ya que se ve en la posición de defender su conducta y que esta persista.
- **Acompañar a la resistencia:** tratar de oponerse a la resistencia del joven es causa perdida; indica que se debe cambiar de dirección, se debe reconocer y hacer comentarios empáticos. Dejar claro que la decisión sobre el cambio está a cargo del adolescente.
- **Apoyar la autoeficacia.** Es fundamental ayudar al joven estimulando la autoeficacia: creencia de que sí puede iniciar el cambio; esto es una motivación muy importante y el profesional puede ayudarle buscando información de éxitos previos.

Todos seguimos un ciclo predecible en el cambio de conducta. El modelo transteórico fue descrito hace años por Prochaska y Diclemente y los estadios del cambio son: 1) **Precontemplación:** no está pensando en cambiar, se puede informar para originar conciencia de que el cambio es necesario. 2) **Contemplación:** está pensándolo, se puede apoyar, explorar miedos y enfatizar beneficios referidos por el joven. 3) **Preparación:** se está preparando para el

cambio, se puede negociar un plan de acción individualizado con objetivos realistas. 4) **Acción:** se inicia el cambio reafirmando el compromiso, se pueden enseñar conductas y proveer material y apoyo. 5) **Mantenimiento:** el cambio persiste; se puede estimular la solución de problemas y apoyo. 6) **Recaída:** se recae en el comportamiento previo, el profesional puede ayudar en el manejo de la situación, para sobreponerse a la vergüenza y culpa, expresarlo como una oportunidad de aprendizaje y analizar los obstáculos.

La EM ha sido desarrollada específicamente para pasar de un estadio a otro y poner fin a la conducta problema. Antes de empezar una actuación/tratamiento, es preciso identificar en que estadio del cambio se encuentra el adolescente, si se propone una intervención inapropiada al estadio en que se encuentra, es igual que dar una medicación equivocada.

El EM facilita cambios en las conductas de los jóvenes: al reconocer ellos mismos sus conductas de alto riesgo (personalización), al evaluar el problema en relación a otros aspectos de su vida (balance decisional), al explorar el proceso de cambio (evaluación de la autoeficacia, desarrollo de planes de acción) y la convicción de que la decisión, es una elección personal.

## EXPLORACIÓN FÍSICA

La Asociación Médica Americana (GAPS) recomienda un examen físico completo tres veces durante la adolescencia: de 11-13 años, de 14-17 y de 18-21 años. También recomienda un cribado anual para conductas de riesgo y como guía de salud.

La exploración física es un momento difícil para el/la adolescente por lo que no debe ser frío ni rutinario. Se le debe explicar, previamente, en qué consiste el examen y que no se le va a causar ninguna molestia (si es la primera vez que le vemos, pueden tener información errónea de otros compañeros) y se les debe hablar durante el proceso respecto a su normalidad. Si el/la adolescente no quiere realizarlo y no es esencial, se dejará para otra oportunidad.

La presencia de familiares y/o personal auxiliar dependerá de la edad, sexo y circunstancias de cada paciente, y puede decidirlo el propio joven. En algunas situaciones, se aconseja la presencia de un acompañante (profesional de enfermería) si el paciente se halla en el proceso de explorar su orientación sexual y, además, para evitar malentendidos sobre la motivación del examen médico.

Los aparatos de exploración se adaptarán a la edad: fonendo, camilla, manguito de tensión arterial y orquidómetro de Prader. Es importante usar las gráficas de desarrollo puberal de Tanner.

Debe realizarse en una sala aislada, en la cual se dispondrá de un biombo/cortina para que se quite la ropa y se cubra con una sábana o bata. Respetar la privacidad, mantener la puerta de la sala y el biombo/cortina cerrados, evitar interrupciones que aumentan la ansiedad del joven. Recordad que a esta edad la imagen corporal es muy importante, se deben evitar comentarios al respecto, por ejemplo: “para que te cubres tanto si te conozco desde que eras un bebé”.

Para explorar las mamas y los genitales se recomienda explicar previamente el procedimiento y dar un aire educacional, por ejemplo: “Ahora voy a examinar tus mamas/genitales para descartar problemas y ver tu estado de desarrollo; pon atención a como lo hago, para que luego tú seas capaz de realizarlo en el futuro”. También sirve en el caso de los varones, mostrarles el orquidó-

metro explicando que sirve para ver su estadio de desarrollo y, según ello, si crecerá más o menos.

### Sistemática a seguir en la exploración

A continuación, se describe el examen por aparatos, puntualizando los aspectos más importantes en la adolescencia; el orden y la amplitud se adaptarán según la situación de cada paciente, esto es importante en una primera visita para establecer confianza y será diferente si ya conocemos al paciente y ha tenido sus revisiones periódicas de salud.

#### Inspección general

Durante la entrevista ya se habrá hecho una impresión inicial y esta inspección general acabará con el final de la exploración. En general, al adolescente no se le explora totalmente desnudo a la vista del explorador, sino que se hará por partes.

- Aspecto general, sensación de salud-enfermedad, vestidos, higiene.
- Impresión sobre el crecimiento, constitución y estado nutricional.
- Actitud durante la entrevista y la exploración: personalidad, conducta, colaboración...

#### Somatometría

Peso, talla, índice de masa corporal (IMC), segmentos, velocidad de crecimiento, pliegues cutáneos en obesos y con percentiles. Valorar signos de adelgazamiento (disminución de la grasa subcutánea, aumento de los resaltes óseos...) e investigar problemas psicológicos como depresión, trastorno del comportamiento alimentario, uso de drogas... o problemas orgánicos (trastornos tiroideos, diabetes, cáncer...).

#### Signos vitales

Pulso, temperatura y tensión arterial (percentiles).

#### Piel y mucosas

Presencia de acné, exceso de vello, hirsutismo, tatuajes, estrías, rash, escarificaciones, zonas de punción, fibrosis en nudillos por vómitos autoinducidos, verrugas, etc.

El acné preocupa mucho a los adolescentes, aunque a veces no quieran reconocerlo y, además, nos puede servir de "anzuelo" para volverles a ver. Aunque les derivemos a un especialista debemos interesarnos por el tratamiento y su evolución.

#### Cabeza-facies

Descartar alopecia, seborrea, problemas en los párpados, tabique nasal y rasgos dismórficos. Hay varios trastornos genéticos que se diagnostican tarde en el adolescente: síndrome de Klinefelter, Turner o X frágil.

#### Cuello

Explorar el espacio submandibular descartando el aumento de las glándulas salivales; la sialoadenitis es más frecuente en la glándula parotídea que en la submandibular; el aumento de la parótida es un signo frecuente en la bulimia antes de la aparición de otros signos producidos por los vómitos. Se palpará el tiroides para descartar la presencia de bocio valorando el volumen, la

consistencia y la 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. En la pubertad pueden aparecer tiroiditis y cáncer

#### Adenopatías cervicales, supraclaviculares, axilares e inguinales

Se debe tener en cuenta que los tumores son una de las primeras causas médicas de mortalidad en el adolescente; de todos ellos casi la mitad son del tejido linfóide y órganos hematopoyéticos. El Hodgkin es más frecuente a esta edad y en ocasiones se presenta como una masa ganglionar aislada. La localización supraclavicular, se asocia en mayor medida con causa tumoral. Se sospechará malignidad ante una masa dura, adherida, mayor de 3 cm de diámetro e indolora.

#### Tórax

- Inspección y palpación: descartar tumefacción de la unión del esternón con la clavícula/costillas ya que la costocondritis, a estas edades, son causa frecuente de dolor torácico.
- Valorar la función pulmonar: el asma en el adolescente tiene mayor gravedad que a otras edades, en estos casos es preciso valorar la función con espirometría y educar al paciente en su control.
- Auscultación cardiopulmonar: descartar la presencia de soplos que, si son de aparición reciente, a pesar de la apariencia que tengan, se debe sospechar organicidad. Descartar clics, posible prolapso de la válvula mitral...
- Exploración de las mamas: el desarrollo del tejido mamario debe diferenciarse de la adipomastia (aumento del tejido graso que suele verse en la obesidad).

#### En mujeres

Valorar el estadio de Tanner (anexo 3) Un aumento de la sensibilidad mamaria y aumento de la pigmentación de las areolas nos debe hacer sospechar un posible embarazo y deberemos buscar otros signos (cloasma facial, cambios en mucosa vaginal) y profundizar en la anamnesis (vómitos matutinos, amenorrea, somnolencias, alteración del gusto, de los olores...).

Comprobar si hay asimetrías de mamas y tranquilizar ya que van desapareciendo con el desarrollo.

Realizar una palpación cuidadosa para descartar galactorrea, masas, generalmente quistes y fibroadenomas, a esta edad es raro el cáncer y se puede enseñar la autoexploración mamaria.

La *Task Force* canadiense en 2001, concluyó que no había evidencia suficiente para recomendar o no la autoexploración mamaria rutinaria para descartar cáncer de mama en mujeres por debajo de los 40 años. Grado de recomendación C. La *American Association of Family Physician* en 2016 da una recomendación D para la autoexploración mamaria en mujeres sanas. Parece prudente que los médicos realicen la exploración mamaria para conocer el estadio puberal, ante un paciente y padres preocupados por el desarrollo y ante un descubrimiento de anomalía accidental. Se enseñará la autoexploración mamaria si la paciente lo solicita y también para que aprenda a conocer su cuerpo cambiante a lo largo de su vida, dándole siempre un aire educativo y de prevención.

### En varones

Aproximadamente un tercio desarrollan algún grado de ginecomastia durante la pubertad que, generalmente, es idiopática. Puede ser uni o bilateral, menor de 3-4 cm de diámetro y suele desaparecer en 18-24 meses. Si es mayor se deben explorar los testículos y descartar hipogonadismo, tumor testicular, tumor endocrino o problemas tiroideos.

### Abdomen

Inspección: ante una pigmentación de la línea alba se sospechará un embarazo. Ante un abdomen protuberante, aumento de algún órgano intraabdominal como teratoma ovárico o embarazo.

Palpación: ante un abdomen doloroso, si es una chica sexualmente activa, pensar en una enfermedad inflamatoria pélvica, entre otras, que puede ocasionar una clínica insidiosa (febrícula, dolor pélvico, síntomas urinarios...) y graves secuelas.

Un dolor abdominal recurrente, debe hacer sospechar orgánicidad en esta edad: úlcera péptica, gastritis, esofagitis, o enfermedad inflamatoria intestinal.

### Genitales

#### En mujeres

Valorar estadio de Tanner del vello púbico (anexo 3).

Inspección-palpación de genitales externos y la región inguinal, vulvar (foliculitis, escoriaciones, parásitos, vesículas, fistulas), clítoris (posible hipertrofia) estado del himen, uretra y secreciones anormales.

El examen de los genitales internos se realizará en adolescentes con actividad sexual (actual o anterior), patología ginecológica, dolor abdominal de etiología dudosa o disuria inexplicable. Se realiza con espéculos adecuados y se acompaña de la recogida de muestras para citología y bacteriología. Si el pediatra no se encuentra preparado, aprovechará para investigar sobre los conocimientos sexuales de la joven, aclarar dudas y la derivará al ginecólogo.

*Bright Future* (AAP) en 2017 eliminó la realización de exámenes pélvicos anuales para la displasia cervical en adolescentes sexualmente activas antes de los 21 años.

#### En varones

Valorar estadio de Tanner del vello púbico y genitales (anexo 3).

Inspección-palpación de genitales externos y región inguinal: fimosis, lesiones en glande, frenillo, hidrocele, varicocele, hernias y exudados anormales por la uretra.

Hablar de los conocimientos sexuales y aclarar dudas.

Diferentes comités han recomendado enseñar la autoexploración testicular para descartar el cáncer testicular. *La Task Force* americana (USPTF) en 2004 y en 2011 se pronunció contra el cribado rutinario para descartar cáncer testicular en adolescentes asintomáticos y varones adultos. Grado de recomendación D. No encontró evidencia de que fuera efectivo para disminuir la mortalidad por cáncer testicular, incluso en varones con riesgo (testículo sin descender, atrofia). Cuando el joven presenta clínica, generalmente, son procesos benignos como hidrocele o epididimitis. Dada la baja prevalencia del cáncer testicular, la limitada exactitud del cribado, que el tratamiento actual ofrece un pronóstico muy favorable y la falta de evidencia para aumentar

el beneficio, concluyó que los problemas del cribado, exceden cualquier potencial beneficio.

Se considera prudente que los médicos realicen la exploración testicular para conocer el estadio puberal, también ante un paciente o padres preocupados, así como ante un descubrimiento accidental. Se deben investigar los antecedentes familiares. Se enseñará la autoexploración si el paciente lo solicita dando un aire educacional y preventivo. Parece que más que un cribado extendido, es más efectivo fomentar una evaluación precoz de los problemas testiculares.

### Ano y recto

El examen rectal se realizará 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. La exploración del ano será en posición genupectoral, pidiéndole al paciente que haga la maniobra de Valsalva, así se ponen de manifiesto lesiones, hemorroides internas o un prolapso rectal.

En estas edades se debe sospechar de cualquier lesión poco habitual (hemorroides, pólipos...) y que no responde al tratamiento. Un 25% de los casos de enfermedad de Crohn suelen iniciarse con estas lesiones.

### Aparato locomotor

Se realizará la inspección de la simetría del cuerpo con el test de la plomada en visión posteroanterior y lateral.

#### Examen de la columna vertebral

Inspección de la movilidad, vicios posturales, zonas dolorosas, así como de la zona lumbosacra por la posible presencia de un sinus pilonidal, pelotón adiposo y/o fístula que oculten una espina bífida.

Maniobra de la reverencia o test de Adams en visión posteroanterior y lateral completándola con el escoliómetro (no debe pasar de los 5 grados). La escoliosis y el dorso curvo son frecuentes y se deben vigilar.

Respecto al cribado rutinario de la escoliosis, la *Task Force* americana (USPSTF) en 2004, recomendaba no hacer cribado rutinario de escoliosis en adolescentes asintomáticos. Daba un grado de recomendación D. Lo justificaba, ya que una detección temprana, no significa un tratamiento más temprano, a la escasa sensibilidad del test que resulta ser muy variable, la falta de seguimiento en muchos de los detectados, el que la mayoría de los casos de escoliosis no progresan, que las escoliosis importantes y que requieren cirugía se detectan sin cribado y, además, el tratamiento de la escoliosis detectada conduce a molestias e incomodidades como son el innecesario uso del corsé y la práctica de ejercicios de fortalecimiento, los controles radiográficos de repetición, las frecuentes visitas al especialista y un aumento del número de consultas, ansiedad y problemas psicológicos diversos. En definitiva, los daños del cribado superaban los beneficios potenciales. En 2018 la USPSTF concluye que la evidencia actual es insuficiente y que el balance riesgo-beneficio no puede ser determinado. Por todo ello, se considera prudente que los médi-

cos evalúen una posible escoliosis en el examen rutinario, sobre todo, si existe historia familiar, ante unos padres preocupados, o ante un descubrimiento accidental.

#### Examen de las extremidades

Descartar disimetrías de miembros inferiores con compas pélvico y midiendo los miembros inferiores (líneas ombligo/maléolo interno y espina iliaca anterosuperior/maléolo interno).

Valorar la movilidad articular, presencia de dolor, desarrollo, tono y fuerza muscular.

Observar la marcha de forma normal en línea recta además de en puntillas y de talones.

Observar si hay genu varo/valgo, enfermedad de Osgood-Schlatter. Ante un dolor de rodillas, explorar las caderas (epifisitis de cabeza femoral, enfermedad de Perthes, osteoma osteoide). Los “dolores de crecimiento” son un diagnóstico de exclusión.

Explorar los pies con el podoscopio.

#### Sistema nervioso

Además de los accidentes y las intoxicaciones por drogas que pueden afectar al SNC, la patología neurológica más frecuente en esta época son las cefaleas vasculares y las psicósomáticas.

En esta etapa los tumores intracraneales son los tumores sólidos más frecuente y la segunda causa de cáncer. El astrocitoma supratentorial es el más frecuente y puede ocasionar una sintomatología neurológica tardía con síntomas iniciales como alteración del rendimiento escolar y cambios en la personalidad.

El examen neurológico se completa con el del aparato locomotor y se valoraran los pares craneales, fondo de ojo, reflejos superficiales y profundos, pruebas cerebelosas con coordinación estática (Romberg) y dinámica (maniobra dedo-nariz).

#### Examen ORL

Se realizará una otoscopia observando el canal externo y la membrana timpánica.

Conviene realizar una rinoscopia anterior, para observar la mucosa nasal, ya que puede haber pólipos, rinitis crónicas de causa médica o por irritantes (cocaína, tabaco...) y si es posible una impedanciometría para valorar el funcionamiento tubárico y del oído medio (hipoacusia de transmisión). También se puede solicitar una audiometría según la situación del paciente.

#### Examen bucodental

En esta época son muy frecuentes las caries y gingivitis por sus malos hábitos higiénicos y dietéticos que originan halitosis y por otra parte el joven es muy sensible a las alteraciones estéticas. Se le debe responsabilizar de su propio cuidado y explicarle la relación entre ambos.

*Inspección de tejidos blandos:* labios, mucosa bucal, encías, paladar, suelo de la boca, amígdalas.

*Inspección de los dientes:* valorar la erupción, posición y oclusión dentaria. Índice CAO (caries, ausentes y obturados). Detección de la placa bacteriana, lesiones dentarias, como es el caso de las vomitadoras en un trastorno del comportamiento alimentario (erosión del esmalte y dentina por el contenido gástrico que llega a la boca en los vómitos autoinducidos) o también por complicaciones de los *piercings*.

*Bright Futures* (AAP) recomienda entre los 18 meses a 16 años, considerar la suplementación oral con flúor si el agua de la región es deficiente.

#### Examen sensorial

##### Visión

El inicio de la miopía se suele desarrollar durante la infancia tardía y la adolescencia temprana. Uno de cada cinco niños que a los siete años tiene visión normal, desarrollará miopía para los 16 años.

Se explorará la agudeza visual (optotipos) y la refracción. Descartar estrabismo (Covert test, reflejo corneal con fuente luminosa a un metro), visión de los colores (atlas de Ishihara).

*Bright Future* (AAP) recomienda realizar el cribado durante la adolescencia

##### Audición

Se puede usar el susurro en el examen general.

Diapasón. Es aconsejable realizar una audiometría durante la adolescencia con sonidos de varias frecuencias (250-8.000 Hz) e intensidades empezando en 15 dB. Si los sonidos solo se oyen a 40 dB se considera que hay una pérdida moderada y a solo 60 dB pérdida severa.

La exposición prolongada a música alta (>90 dB) y, sobre todo, con auriculares se sabe que tienen efectos adversos sobre la audición con sordera que puede ser irreversible y prolongada; es necesario explicárselo a los jóvenes. También tienen riesgo si hay historia familiar, o uso de medicaciones ototóxicas.

*Bright Future* (AAP) recomienda en 2017 realizar cribado mediante audiometría incluyendo frecuencias altas de 6.000-8.000, una vez en cada etapa de la adolescencia: inicial, media y tardía.

## CONCLUSIÓN

Entrevistar adolescentes es un arte que lleva a profundizar con técnica y respeto en el mundo del joven para brindarle orientación y apoyo que le ayuden a superar los obstáculos que le rodean y a conocerse un poco más. La exploración es la continuación de la entrevista y, en ocasiones, es aquí dónde se descubre el verdadero motivo de la consulta. Ambas deben realizarse con interés, profesionalidad, objetividad, lealtad y afecto.

Reconociendo que el mundo de la adolescencia y juventud es un tiempo de ilusión y de espera en el que se fragua el proyecto de vida, es nuestra obligación como profesionales dar un paso adelante y conseguir una asistencia acorde con los tiempos actuales.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Achieving Quality Health Services for Adolescents. *Pediatrics*. 2008; 121; 1263.
- American Family Physician. Putting Prevention into Practice (PPIP). 2019. [En Línea]. [Fecha de consulta: 8 de enero de 2019]. URL. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/viewRelatedDepartmentsByDepartment.htm?departmentId=6&page=0#>
- Bright Futures. Guidelines for Health Supervision. 2017. [En línea]. [Fecha de consulta: 8 de enero de 2019]. URL. Disponible en: [https://www.aap.org/en-us/Documents/periodicity\\_schedule.pdf](https://www.aap.org/en-us/Documents/periodicity_schedule.pdf)

- Castellano Barca G. Atención al adolescente. Filosofía. En: Tratado de Pediatría Extrahospitalaria SEPEAP. Madrid: Ergon; 2011. p. 1257-61.
- De la Horra Vergara N. La incidencia de la Ley 26/2015 en la Ley 41/2002 sobre capacidad de los menores de edad en el ámbito sanitario. *Adolescere*. 2016; IV(1): 35-43.
- Dulanto E, Girard G. Entrevista clínica. En: Dulanto E, ed. *El adolescente*. México: McGraw-Hill Interamericana editores; 2000. p. 696-704.
- Esquerda Areste M, Pifarré Paredero J, Viñas Salas J. El menor maduro: madurez cognitiva, psicosocial y autonomía moral. En: De los Reyes López M, Sánchez Jacob M, eds. *Bioética y Pediatría. Proyectos de vida Plena*. ed. Madrid: Ergon; 2010. p. 359-65.
- García-Tornell S, Gaspá Martí J. Entrevista clínica del adolescente. Atención al adolescente. En: Tratado de Pediatría Extrahospitalaria SEPEAP. Madrid: Ergon; 2011. p. 1263-74.
- Hidalgo Vicario MI. Entrevista y examen físico del adolescente. En: Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Clemente Pollán J, eds. *Pediatría Extrahospitalaria. Fundamentos clínicos para Atención Primaria*. 4ª ed. Madrid: Ergon; 2008. p. 781-90.
- Hidalgo Vicario MI, Castellano Barca G. Entrevista con adolescentes. ¿Cómo afrontar con seguridad la entrevista clínica con adolescentes? En: AEPap, ed. *Curso de Actualización Pediatría*. Madrid: Ex Libris Ediciones; 2003. p. 261-7.
- Litt IF. *Evaluation of the adolescent patient*. Philadelphia: Hanley and Belfus Inc.; 1990.
- Martínez González C. Mesa de debate. Aspectos éticos en la adolescencia: del menor maduro al adulto autónomo. *Adolescere*. 2013; 1(2).
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people for change*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
- Montalvo Jaaskelainen F. Mesa de debate. ¿Por qué una medicina de la adolescencia? Una reflexión desde el Derecho. *Adolescere*. 2013; 1(2).
- Montalvo Jaaskelainen F. Derechos de los menores en el ámbito del tratamiento psiquiátrico. En: Hidalgo Vicario MI, Rodríguez Hernández P. I Curso de psiquiatría del niño y del adolescente para pediatras. Ed. Mayo; 2018.
- Recommendations of the US Preventive Services Task Force (USPSTF). *Guide to Clinical Preventive Services 2018*. [En Línea]. [Fecha de consulta: 8 de enero de 2019]. URL Disponible en: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations-by-date/>
- Resnicow K, DiIorio C, Soet JE, Ernst D, Borrelli B, Hecht J. Motivational interviewing in health promotion: It sounds like something is changing. *Health Psychol*. 2002; 21(5): 444-51.
- Silver TJ. La entrevista motivacional. I Congreso Nacional de Adolescencia y Juventud. XX Curso de abordajes de la atención integral de adolescentes. Costa Rica. Junio 2017.
- Strasburguer VC, Brawn RT, Braverman PK, Rogers PD, Holland-Hall C, Coupey SM. The Office Visit. In: Strasburguer VC, Brawn RT, Braverman PK, Rogers PD, Holland-Hall C, Coupey SM, eds. *Adolescent Medicine. A Handbook for Primary Care*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 13-21.
- US Preventive Services Task Force. Screening for adolescent idiopathic scoliosis: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2018; 319(2): 165-72.
- Woods ER, Neinstein LS. Office visit, Interview Techniques, and Recommendations to Parents. In: Neinstein LS, Gordos CM, Katzman DK, Rosen DS, Woods ER, eds. *Adolescent Health care. A practical Guide*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 32-43.