

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADOLESCENTE

LA ADOLESCENCIA

La adolescencia forma parte del proceso evolutivo normal que tienen que pasar, niños y niñas, para convertirse en personas adultas. La transición de la infancia a la época adulta no tiene por qué ser uniforme y sincronizada en todos sus aspectos biológicos, intelectuales, emocionales o sociales. Este proceso bio-psico-social va a ser dinámico, observándose el crecimiento y el desarrollo tanto en el aspecto físico como en su capacidad intelectual; al no formar un grupo homogéneo, presentan gran variabilidad en su maduración.

Durante esta etapa de gran desarrollo surge, entre otros, el conflicto de dependencia – independencia de los padres y se van consolidando determinados hábitos. Progresivamente los adolescentes van descubriendo su identidad y su ubicación social; a la par que se plantean cuestiones relacionadas con su imagen corporal, pueden experimentar con tóxicos o exponerse a otras prácticas de riesgo. Se inicia su integración en colectivos, que tras pasar por un período de adaptación al grupo, se acaba identificando notablemente con este (ropa, forma de hablar, música, piercing, tatuajes,...), llegando el punto en que la opinión de los amigos va a ser más importante que la de sus propios padres.

Se podría considerar que alrededor del 80% de los adolescentes son “normales” en su proceso adolescente; de ellos el 30% van a tener una adolescencia “fácil”, mientras el 40% alternará periodos de stress con otros de calma, y para el 30% será una época tumultuosa.

Durante la llamada “crisis de la adolescencia” el adolescente se va a ir adaptando a las nuevas demandas a las que se va enfrentando, que van a ser diferentes en cada individuo. Aunque esta crisis crea notable ansiedad y tumulto emocional se considera como necesaria y normal dentro de su proceso evolutivo.

Si hay que destacar algo específico de esta edad son las palabras riesgo y protección.

Los **factores de riesgo** van unidos a la posibilidad de enfermar o morir, y que pueden ser desencadenantes o moduladores del daño; hay que conocer la existencia de posibles alteraciones de vínculos familiares, los problemas escolares, incluido el absentismo, o la existencia de enfermedades psíquicas o mentales, entre otros.

Las **conductas de riesgo** son actuaciones repetidas que pueden alterar el desarrollo psicosocial y pueden tener repercusiones negativas para la vida actual o futura. Se debe pensar en las prácticas sexuales de riesgo, el uso y abuso de drogas, la conducción temeraria de vehículos y la pertenencia a bandas o sectas.

Las **situaciones de riesgo** son aquellas circunstancias que ofrecen un riesgo a toda la comunidad o grupo social, entre las que vale la pena destacar la permisividad en el uso de drogas, el culto excesivo a la imagen corporal o las exigencias en la práctica de algunos deportes.

Si se parte de una buena integración familiar, los “**factores protectores**” de los adolescentes se consolidarán al favorecer el desarrollo de su autoestima, autonomía e integración social. Ayudará notablemente el hecho de poder tener información adecuada y oportuna sobre sexualidad, normas de prevención de accidentes, prevención de uso y abuso de tóxicos, entre otros.

Distintas actitudes protegerán al adolescente en determinadas situaciones, como el hecho de acudir a los controles periódicos de salud, practicar algún deporte o la posibilidad de tener una educación o un trabajo digno. Y con todo ello, la resiliencia.

LA SALUD INTEGRAL

Va a comprender el bienestar físico, mental y social del adolescente, que incluye su desarrollo educativo y la adecuada participación en la comunidad. La salud se podrá ver comprometida desde lo biológico, lo psíquico y lo social, por lo que no sólo se va a expresar como una enfermedad orgánica, sino en la modificación de sus comportamientos.

EL PEDIATRA Y EL ADOLESCENTE

Los pediatras, habituados a atender lactantes y niños, observan que cuando se supera la barrera de los 12 años, estos suelen empezar a plantear algunas dificultades que aumentan a medida que el paciente va cumpliendo años.

Por sus características peculiares los adolescentes van a precisar una atención multidisciplinar.

El médico que va atender adolescentes, debe querer atenderlos y, para ello, ha de estar bien preparado, o sea tener **aptitud** y una buena **actitud**; ambas van a ser premisas imprescindibles para esta atención. Algo hay que tenerlo muy claro: el adolescente que viene a consulta no busca un "colega" y deben tener certeza plena de la existencia real de confidencialidad.

Si la asistencia la presta un pediatra se encontrarán numerosos argumentos que se verán como ventajas: el hábito que tiene de tratar a pacientes en evolución y maduración, los conocimientos que posee tanto del paciente como de su familia y entorno, y el hecho de poder tener una buena comunicación con ellos. Es frecuente que los pediatras trabajen en equipo y la educación sanitaria se tenga incorporada, como un aspecto más, en su trabajo cotidiano; Es importante estar al día en la patología propia de esta edad y de la terapéutica oportuna, teniendo la posibilidad de solicitar pruebas complementarias o hacer una consulta con otros profesionales, sin deber perder nunca la responsabilidad sobre la atención integral al adolescente.

Se considera imprescindible una consulta sin obstáculos burocráticos y que garantice la confidencialidad, hasta donde sea posible ética y legalmente.

ATENCION INTEGRAL: LOS PROBLEMAS

Durante la adolescencia se pueden detectar los problemas habituales a otras edades, otros que tienen ciertas peculiaridades en la adolescencia y los "casi" específicos de esta edad. No hay que olvidar las secuelas que se pueden encontrar de procesos iniciados en la infancia, otros relacionados con su desarrollo sexual o algunos más propios del adulto.

No se deben olvidar las "nuevas epidemias"; o sea los estilos de vida peligrosos y las conductas de riesgo a las que se pueden exponer, así como los trastornos psicosociales ocasionados por la violencia, los accidentes, la delincuencia, el uso y/o abuso de alcohol, tabaco u otras drogas, la práctica sexual promiscua o desprotegida y la problemática escolar.

La modificación demográfica que estamos viviendo, con notable aumento de la población inmigrante, va a tener cierta influencia en los problemas de salud que pueden surgir por la coexistencia de etnias y culturas diferentes, y por determinados hábitos de vida.

Las "situaciones familiares especiales" pueden traer consigo algunas circunstancias que se deben tener presente: el hijo tardío, el hijo adoptivo, el adolescente con falta de padre o madre, el hijo de divorciados o separados, con o sin nueva familia o el adolescente ingresado en instituciones con privación afectiva.

ATENCION INTEGRAL: LA ENTREVISTA

Los pediatras que atienden adolescentes van a ser testigos del traspaso de poderes, en la misma consulta, de los padres al hijo. Si durante la infancia, los interlocutores han sido la familia, ya que acompaña al hijo y el profesional se dirige a los padres, cuando llega la adolescencia el protagonismo pasará a ser para el paciente-adolescente, pasando los padres a un discreto segundo plano. Por ello parte de la consulta – parcial o totalmente- ha de realizarse sin la presencia de los padres.

La historia clínica sigue siendo la herramienta primordial, como en todas las consultas médicas. A sus antecedentes personales y familiares, hay que añadir la información del estado de salud en ese momento, su escolarización y actividades extraescolares o mundo laboral, la práctica de actividad física, los hábitos alimentarios, el papel de los amigos y de la familia, el entorno social o el uso del tiempo libre, la sexualidad o el contacto con uso de sustancias. Obvia decir que los datos deben ser actualizados en cada visita, siendo básico mantener la intimidad y la confidencialidad en todos los casos.

En esta etapa hay que saber preguntar por lo que realmente les preocupa. En más de una ocasión todo eso no se descubre con preguntas directas, ni en la primera visita.

ATENCIÓN INTEGRAL: LA EXPLORACIÓN FÍSICA

La "imprescindible" exploración física en los pacientes adolescentes cobra un valor añadido ya que va a convertirse en una oportunidad para prolongar la entrevista. Por este motivo no puede ser un acto frío y rutinario, debiendo aprovecharse para ir contestando sus dudas y tranquilizándolos sobre "el terreno". Es una buena ocasión para llevar la conversación hacia temas íntimos y para hacer educación para la salud mientras se va explorando las distintas partes de su cuerpo.

En este examen lo decisivo no son las técnicas ni los instrumentos y ellos deben notar la satisfacción por nuestro trabajo, y el deseo sincero de ayudarles.

El **examen físico** se realizará en una sala aislada, por respeto a la intimidad o tras un biombo o mampara, y se procurará que nunca se sienta desnud@. (uso de bata, sabanas,...). La presencia de familiares y/o personal auxiliar, dependerá de la edad, del sexo o de las circunstancias individuales de cada paciente, por lo que se dará la oportunidad al adolescente de decidirlo previamente.

Durante las primeras etapas se empezará la consulta con el adolescente y su familiar y, una vez terminada la exploración, se quedará sólo el adolescente; luego sale este y se habla con la familia y se termina la consulta con ambos.

Es conveniente informar, antes de empezar, de lo que se va a hacer y confirmarles que no se les va a causar ninguna molestia.

Por supuesto hay que valorar la actitud del paciente durante la exploración (comportamiento, cooperación, rasgos de personalidad,...).

En cuanto a los **utensilios de exploración**, se utilizarán los habituales con las dimensiones adecuadas (fonendo, manguitos de tensión, camilla...). Es necesario disponer de un orquidómetro de Prader y un potente foco de luz, así como de las gráficas del desarrollo puberal de Tanner.

En el momento de la **inspección** se valorará su aspecto general, su ropa, el estado de higiene, si impresiona o no de enfermedad. Se atenderá a su cara, piel, mucosas, la presencia de hirsutismo o acné, de tatuajes, piercing, zonas de punción o fibrosis en los nudillos.

A lo largo de la **exploración física** hay que destacar una serie de peculiaridades a cada nivel.

Cuando se explora el **cuello**, hay que valorar el aumento de tamaño de las glándulas salivales; es más frecuente la afectación parotídea que la submandibular, y puede aparecer en pacientes con bulimia, de forma más precoz que otros signos provocados por los vómitos. Hay que descartar la presencia de bocio. Si se detecta, no debe considerarse como hiperplasia fisiológica hasta terminar todo su estudio.

Cuando se palpan **adenopatías** hay que tener presente que los tumores sólidos son la primera causa médica de mortalidad en el adolescente, siendo el Hodgkin es más frecuente a esta edad.

A nivel de **tórax**, las costocondritis y otros procesos benignos de la pared costal son frecuentes causantes de dolor torácico recurrente en adolescentes.

Al hacer la valoración **respiratoria** hay que recordar que el asma del adolescente tiene mayor gravedad y que la ausencia de crisis no descarta la existencia de broncoespasmo.

Cuando a nivel **cardiocirculatorio** se ausculta un chasquido mesosistólico seguido o no de soplo sistólico tardío, es necesario tener presente que son expresión de un prolapso de la válvula mitral y, si lo que se encuentra son soplos de reciente aparición, a pesar de su apariencia, se debe sospechar organicidad.

Hay que establecer el estadio evolutivo de las **mamas**, según Tanner, así como valorar su simetría. La palpación ha de ser cuidadosa y se aprovechará para educar en autoexploración. Es frecuente la ginecomastia puberal en los varones, que hay que diferenciarla de la adipomastia producida por aumento de tejido graso en los obesos. Si presentara un tejido subareolar mayor de 2 cm, habrá que valorar testículos para descartar hipogonadismo.

Ante un **abdomen** doloroso recurrente en adolescentes se debe sospechar organicidad (úlceras pépticas, gastritis crónica, Crohn), mientras que si se trata de una adolescente sexualmente activa, hay que buscar signos de irritación peritoneal, para descartar enfermedad inflamatoria pélvica.

En la exploración de **genitales** femeninos o masculinos, se establecerá el estadio según las tablas de Tanner y se valoran alteraciones o lesiones en los externos. En las adolescentes, si no se efectúa la exploración de los genitales internos, se intentará conocer si es sexualmente activa y su formación sexual, preparándola para la vista al ginecólogo. Con el adolescente varón también se debe conocer su formación en materia sexual y habrá que instruirle en autoexploración testicular.

La inspección **perianal** permitirá detectar patología poco habitual a esta edad (hemorroides, pólipos centinelas...) o que no mejore con su tratamiento. Hasta un 25% de todos los casos de enfermedad de Crohn se manifiestan inicialmente con lesiones perianales

Al estudiar la **pelvis** se descartarán disimetrías, y se inspeccionará la zona lumbosacra, en busca de sinus pilonidal, pelotón adiposo o fístula que puedan ocultar una espina bífida.

La exploración del **aparato locomotor** se inicia comprobando la simetría global del cuerpo (test de la plomada) y se completará con el examen completo de toda la columna vertebral, para valorar la posibilidad diagnóstica de cifosis-escoliosis prepuberales.

En las extremidades se valorará movilidad articular, desarrollo, tono y fuerza muscular, así como la presencia de dolor o hipersensibilidad. Los frecuentes "dolores de crecimiento" son un diagnóstico de exclusión, por lo que ningún adolescente, con dolor de rodillas, debe salir de la consulta sin una completa exploración de caderas (coxa vara, Perthes, osteoma osteoide...). Siempre se explorará la marcha.

La exploración del **sistema nervioso**, que se realizará a la vez que la del aparato locomotor, se centrará en valorar los reflejos superficiales y profundos, pares craneales, la coordinación estática (Romberg) y dinámica (maniobra dedo/nariz y talón/rodilla), así como el fondo de ojo. Hay que tener presente que la patología más frecuente son las cefaleas vasculares y las psicósomáticas. Luego le siguen los daños causados por accidentes y estados de intoxicación por drogas, sin olvidar los tumores intracraneales, de los cuales los sólidos son los más frecuentes, constituyendo la segunda causa de cáncer. El astrocitoma supratentorial es el más frecuente, y puede dar una sintomatología neurológica tardía, produciendo inicialmente cambios de la personalidad y disminución del rendimiento escolar.

En el **examen bucodental** además de valorar dientes, labios, encías, lengua, paladar y suelo de la boca, hay que tener presente las alteraciones en la erupción, posición y oclusión dentaria y la posibilidad de existencia de signos de perimilólisis dental (erosión de esmalte y dentina por el contenido gástrico)

Las rinitis crónicas de causa médica o por irritantes (tabaco, cocaína...) son los cuadros más habituales a nivel del aparato **O.R.L.**

Tanto la exploración de la **visión** como de la **audición** han de ser tenidos muy en cuenta. Hay que prevenir al adolescente sobre el efecto del ruido, ya que el hecho de escuchar música a alto volumen, sobretodo con auriculares, puede producir sordera de percepción que puede ser irreversible y progresiva, especialmente en oídos predispuestos

Para controlar el **desarrollo** es importante relacionar éstos datos de crecimiento con los de maduración puberal, ya que las variaciones de la normalidad son muy amplias.

No se debe terminar la exploración, sin comentar con el adolescente los resultados de la misma.

ATENCIÓN INTEGRAL: ANTES DE TERMINAR LA CONSULTA

En la visita al adolescente hay que ser consciente de que se puede estar ante la última oportunidad de hacer medicina preventiva, por lo es conveniente dar unas orientaciones para su próximo futuro. Así tendrán la sensación de que las puertas de la consulta quedan abiertas. No hay que despreciar ese papel de "orientador" ya que está demostrado que una intervención adecuada puede dar la ocasión de prevenir el comienzo de comportamientos insanos (de los cuales habrá que tratar luego las secuelas) o de intervenir en otros que ya se han instaurado y que puedan hacer peligrar la salud. Se pueden reforzar los mensajes sanitarios sobre hábitos saludables recibidos en casa y en el colegio, teniendo presente que suelen ser más eficaces los programas preventivos que refuerzan sus habilidades para resistir presión social que los "punitivos-amedrantadores".

Neinstein nos recuerda que algunas conductas de riesgo pueden ser evitadas con medidas de prevención, tanto en el uso de bebidas alcohólicas, tabaco o marihuana, la práctica sexual desprotegida, la delincuencia o las actitudes antisociales, de la misma forma que Gordon en 1983, ya comentaba que la intervención que refuerza la resiliencia tiene carácter personal específico y no son generalizables a todo un grupo de gente joven.

¿ Qué áreas hay que trabajar con los adolescentes?

Especialmente todo lo relacionado con la familia, la imagen, la autoestima, las relaciones de pareja y la sexualidad. Insistir en la importancia del desarrollo de las habilidades sociales, conocer cómo poder resistir a la presión de grupo, el verdadero papel de los medios de comunicación (incluida la publicidad) y la problemática relacionada con el consumo de drogas y alcohol. A nivel preventivo se tocarán también aspectos relacionados con la alimentación, y con la prevención de accidentes.

Cuando nos preguntamos ¿ qué hacer con los adolescentes ? tal vez se debería aprovechar la curiosidad y el interés que tienen ellos por la información sobre sí mismos y sobre sus cuerpos para **fomentar su propia responsabilidad individual**. Además van a necesitar cierta **habilidad para tomar decisiones, para tener cada vez más confianza en sí mismos, a la vez de una notable capacidad de resistencia frente a las decisiones de los compañeros**.

EL PAPEL DE LOS PADRES

La familia puede actuar favoreciendo la autonomía de su hijo, como paso previo a la futura toma de responsabilidades. Las oportunidades para desarrollar y ejercer su autonomía deben "estar controladas" para que sucedan con el mínimo riesgo de consecuencias negativas.

La realidad es que cuando se conocen bien las cosas, es mucho más fácil actuar; de hecho se dará menos importancia y se dramatizará menos en los momentos de fricción, al poder ver esas situaciones como "normales".

Por todo ello bien la pena "**perder un poco el tiempo**" en orientar a los adolescentes y a sus padres, para que conozcan aquello que se va a poder cruzar en su camino y las medidas a tomar de forma preventiva.

¿ Qué deberían tener presente los padres ante las situaciones de riesgo de sus hijos ?

1. Asumir riesgos constituye un **rasgo importante**, aunque preocupante, del desarrollo adolescente.
2. La familia debe adoptar el **modelo de vida** que se desea transmitir a los hijos...coherencia.
3. Hay que procurar llegar a un acuerdo para que las nuevas experiencias resulte **relativamente seguras**.
4. La negociación puede lograr un **compromiso** para que el hijo acepte no asumir un riesgo mayor.
5. El adolescente debe ser **capaz de acabar manejando**, sin ayuda, la mayoría de los riesgos.

¿ CÓMO INTEGRAR AL ADOLESCENTE EN LA CONSULTA ?

Se puede hablar de mucha teoría, pero la realidad es que los adolescentes acuden poco a las consultas médicas. Tal vez habría que intentar mantener cierta continuidad asistencial desde la infancia hasta la adolescencia.

Esto no es fácil ya que, mayoritariamente, no existe atención propia al adolescente y, si existe, hay escasa sin coordinación los distintos programas entre y excesiva burocratización excesiva de los sistemas de atención.

Puede existir una serie de obstáculos para la asistencia sanitaria. Por parte del pediatra: no tener interés por la adolescencia, falta de conocimientos suficientes sobre su patología, desconocimiento del mundo juvenil, la necesidad de mucho tiempo para la visita o no tener consultas adecuadas para recibirlos, e incluso verle poca rentabilidad económica. Por parte de los adolescentes, con frecuencia, no quieren ir al "médico de niños", o prefieren un médico del mismo sexo. Si el médico que les gusta no es de fácil accesibilidad pueden llegar a retrasar peligrosamente la consulta o intentar resolver sus problemas por vías no médicas.

Estas circunstancias podrán inducir a una reflexión: Si los adolescentes salen de la consulta con sensación que no reciben la atención esperada y preconizada, o tal vez mucho examen físico y escasa promoción de salud ¿ **No será que los médicos no siempre están preparados o no disponen de tiempo para atender adolescentes con otros problemas que no sean estrictamente clínicos ?**

Los adolescentes se merecen una adecuada atención sanitaria integral, llevada a cabo por los profesionales mejor preparados para ello.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

Web de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (www.adolescecniasema.org)

[Atención Integral del Adolescente. Revisión Crítica.](#)

por Dra. M^a Inés Hidalgo Vicario

[Atención al Adolescente en la Práctica Diaria. Problemas y Soluciones.](#)

por Dr. Germán Castellano Barca

[Preventive Health Care Visits In Adolescents: Resumen en inglés del Taller celebrado en la SAM de Denver \(Marzo 2007\).](#)

por SAM

[Salud integral del adolescente Su abordaje interdisciplinario \(Adolescencia latinoamericana\)](#)

por Lic. Rubén Osvaldo Narvaez

[Relación médico-adolescente. Técnicas de la entrevista. Aspectos legales.\(Pediatría Integral\)](#)

por J. Gaspà Martí, S. García-Tornel Florensa

[Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales.\(Pediatría Integral\)](#)

por J. Casas Rivero, M. J. Ceñal González Fierro

[Controles de salud en la adolescencia.\(Pediatría Integral\)](#)

por E. de Frutos Gallego

[El adolescente y su entorno: sociedad, familia y amigos.\(Pediatria Integral\)](#)

por G. Castellano Barca

[Ampliación de la edad pediátrica hasta 18 años \(El Pediatra - 1/2004\), en opinión de los presidentes de la SEMA y la SEPEAP.](#)

por El Pediatra 1/2004

Dr. Antonio M. Redondo Romero
Pediatra. Acreditado en Medicina del adolescente por la AEP
C.S. Cabo Huertas - Alicante