ENFOQUE INTEGRAL DE LOS ADOLESCENTES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS

De la comprensión a la práctica clínica

Pascoal Miller

Pediatra. Auxiliar graduado de Pediatría en el Centro Hospitalar de Leiria - Portugal. moleirop@gmail.com

ID ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4370-0595.

Hospital Santo André. Dirección Rua das Olhalvas, 2410-197 Leiria, Portugal.

Sociedad Portuguesa de Medicina del Adolescente de la Sociedad Portuguesa de Pediatría [(https://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=260)](http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=260))

**Resumen:** El abordaje de los adolescentes en la práctica clínica requiere conocer este grupo de edad, su desarrollo biopsicosocial y su contexto sanitario.

De este modo, se comprenderán las necesidades de los servicios sanitarios y sus profesionales para un enfoque integral.

**Palabras clave:** Adolescente, biopsicosocial, factores de protección, factores de riesgo, servicios amigables, enfoque integral, HEADSSS

**Abstract**: The approach to adolescents in clinical practice requires knowledge of this age group, their biopsychosocial development and their health context.

In this way, the needs of health services and their professionals for a comprehensive approach will be understood.

**Keywords**: Adolescent, biopsychosocial, protective factors, risk factors, friendly services, integrated approach, HEADSSS.

#  INTRODUCCIÓN

Los adolescentes son personas de entre 10 y 19 años. Dado que los jóvenes son aquellos que tienen entre 15 y 24 años, los adolescentes entre 15 y 19 años son tanto adolescentes como jóvenes (OMS, 1989).

La adolescencia es una fase del ciclo vital con características específicas, necesidades concretas y tareas propias. Ya no se define como una "transición entre la infancia y la edad adulta" (Krauskopf, 2015). Está marcada por un importante desarrollo biopsicosocial y los profesionales de la salud deben proporcionar una atención adecuada e integral, teniendo los conocimientos y las habilidades necesarias para atender a las personas en este grupo de edad (SMA, 2005).

En resumen, los objetivos de la adolescencia incluyen el crecimiento y la pubertad (biológicos), la evolución del pensamiento concreto al abstracto (cognitivo), la redefinición de las relaciones interpersonales (concretamente con la familia y los compañeros), el establecimiento progresivo de la identidad/individualidad (vocacional, moral, religiosa/espiritual, cultural, de género y sexual) y la adquisición de autonomía. También incluye la experimentación y los comportamientos de riesgo (Moleiro, 2017).

La adolescencia se divide teóricamente en 3 fases: temprana, media y tardía. Esta división se establece sobre lo que se considera que caracteriza predominantemente a cada fase, en relación con el desarrollo biopsicosocial (Hofmann, 1997).

# LOS ADOLESCENTES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Cada adolescente debe ser visto y abordado como una persona única, evaluando cada aspecto de su desarrollo biopsicosocial. Al mismo tiempo, hay que tener siempre presente que cada adolescente es un sujeto de derechos, tal y como establece la Convención sobre los Derechos del Niño (entendida hasta los 18 años) (ONU, 1989).

El profesional sanitario ofrecerá así la mejor atención al adolescente que tiene delante, una atención que se prestará con un enfoque integral y desde una perspectiva de derechos.

## Morbilidad y mortalidad en la adolescencia

Además de valorar la etapa del adolescente, el profesional sanitario debe tener en cuenta que en este grupo de edad se produce un "cambio" en las causas de morbilidad y mortalidad. A medida que avanza la edad, también aumentan las situaciones de comportamiento como la infección por el VIH (y otras infecciones de transmisión sexual), el embarazo (asociado a la interrupción voluntaria o al parto), la desnutrición (y/o las carencias de nutrientes) y/o la malnutrición (por sobrepeso/obesidad), el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, la violencia y las enfermedades mentales. También con la edad, las causas violentas de mortalidad (violencia, accidentes y suicidio) predominan sobre las causas naturales (OMS, 2002a; OMS, 2021).

#  CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS Y PROFESIONALES SANITARIOS

En 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció un consenso sobre las características de los "Servicios Amigables para los Adolescentes y los Jóvenes" (YFYSS) para responder a las necesidades específicas de este grupo de edad (OMS, 2002b). Los YFYAS deben ser equitativos, accesibles, aceptables, adecuados y eficaces (OMS, 2012). Por lo tanto, los componentes de un SSAJ deben incluir:

1. El acceso a los servicios sanitarios y la posibilidad de recibir atención, con (*idealmente)* un espacio exclusivo para adolescentes bien señalizado y con buen ambiente. El horario de apertura debe ser adecuado a las horas en que los adolescentes pueden acudir al servicio, solos o acompañados, y la consulta no debe durar menos de 30 minutos (y una primera consulta debe ser de 60 minutos). La existencia de estos servicios debe ser comunicada a la comunidad; debe haber mensajes en estos servicios que animen a los adolescentes/jóvenes y a sus compañeros y les informen de la confidencialidad del servicio.
2. Profesionales y personal sanitario con buenos conocimientos y prácticas y con habilidades que promuevan la autonomía para la toma de decisiones libres y responsables.
3. Procedimientos administrativos y de gestión.
4. Disponibilidad de una amplia gama de servicios.
5. Participación de los adolescentes y jóvenes y de la comunidad. Los adultos deben apoyar a los adolescentes y jóvenes en la búsqueda de servicios y deben hacer arreglos con otras instituciones, con la creación de grupos de apoyo incluyendo grupos de otros adolescentes y jóvenes.

Además de tener las habilidades técnicas y la capacidad de entender los cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales de esta fase, el profesional sanitario debe tener interés y disponibilidad y saber trabajar en un equipo interdisciplinar.

#  EL CUIDADO DEL ADOLESCENTE

## Dinámica de la(s) consulta(s)

En la primera consulta, el adolescente suele estar acompañado por un familiar u otro adulto o representante legal. En primer lugar, se les debe saludar y preguntarles por el nombre que desean que se les dirija (y registrarlo para futuras asistencias). Los profesionales deben presentarse (SMA, 2005) (Moleiro, 2017).

En esa consulta, las "Nuevas Reglas" deben ser claramente definidas y explicadas a todos los presentes (recordadas en consultas posteriores, siempre que sea necesario) (SMA, 2005) (Moleiro, 2017):

* El derecho a la intimidad y a la confidencialidad (definiendo sus límites como el abuso, el riesgo de daño a uno mismo y/o a otros, el delito);
* La responsabilidad (creciente) de su salud (en una perspectiva de fomento de la autonomía);
* El establecimiento de momentos "a solas" con el profesional de la salud (según la etapa de desarrollo y/o el deseo del adolescente).

Por desconocimiento o por otros motivos, el adolescente no siempre proporcionará cierta información, por lo que la entrada de un familiar u otra persona que acompañe al adolescente permitirá averiguar los motivos de consulta, las principales quejas y problemas, revisar la historia personal y familiar, comprender la dinámica familiar y establecer una "alianza" con los padres (sin romper nunca la confidencialidad, estableciendo una relación empática con el adolescente y teniendo momentos a solas) (Moleiro, 2017).

## El diálogo. El examen físico.

El diálogo debe realizarse preferentemente con el adolescente y éste vestido. El profesional debe demostrar: seguridad y neutralidad (siendo tolerante, evitando juzgar y emitir prejuicios); atención, interés genuino y empatía; capacidad de utilizar un lenguaje sencillo y claro (evitando tecnicismos y un lenguaje "adolescente", aunque pueda incluir expresiones propias de esta edad) (AME, 2005) (Moleiro, 2017).

En una primera consulta, el examen físico puede retrasarse, si es necesario (aunque puede revelar el verdadero motivo de la consulta). Cuando se realiza, debe hacerse con respeto y asegurar su normalidad o variaciones de normalidad (Moleiro, 2017).

## La entrevista.

Los objetivos de la entrevista apuntan a establecer una relación terapéutica adecuada, evaluar el desarrollo (bio)psicosocial del adolescente, identificar el verdadero motivo/problema (físico, psicológico y/o social) y la respectiva orientación. Al mismo tiempo, pretende promover la autonomía del adolescente, reforzar las conductas saludables, promover otros comportamientos y prevenir futuros problemas de salud (Moleiro, 2017).

Tabla 1. Técnicas de entrevista, nos referimos a los aspectos a tener en cuenta a la hora de interrogar a los adolescentes (Canals, 1999) (Moleiro, 2017). Otras técnicas son la entrevista motivacional y las intervenciones breves.

***Tabla 1****. TÉCNICAS DE ENTREVISTA*

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMAS DE PEDIR (Canals, 1999)** | **Comentario (Miller, 2017)** |
| **Con preguntas abiertas** | Las preguntas cerradas dan lugar a respuestas de sí/no. Las puntuaciones obtenidas deben serbreves. |
| **Con respuestas en espejo** | Su objetivo es fomentar el diálogo. |
| **Aclarar cuestiones complejas o no complejas explicada adecuadamente** | Además de aclarar, demuestra atención e interés por parte del profesional. |
| **Resumiendo los aspectos más relevantes para la****a lo largo de la entrevista** | Además de resumir, demuestra atención e interés por parte del profesional. |
| **Normalización de los más "vergonzoso" antes de interrogarlos** | Permite transmitir el concepto de que todos los temas son abordables enconsulta. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Los temas más delicados deben dejarse para****el final** | Empezar con temas más generales,permite crear empatía y posteriormente un ambiente más favorable para abordar el cuestiones delicadas.  |

Estas técnicas están integradas en modelos de entrevista establecidos como el HEADSS original (Cohen, 1991) hasta la versión HEEADSSS 3.0 (Klein, 2014), entre otros. Estos modelos (Tabla 2.

HEAADSSSS) se construyeron con el fin de cuestionar los temas más fáciles inicialmente y los más delicados después, establecer qué factores de protección y riesgo están presentes y revelar los verdaderos motivos de consulta (Moleiro, 2017).

Hay que tener en cuenta que las plantillas de entrevista para adolescentes sirven de guía para los profesionales de la salud. Es posible que no se sigan en una sola consulta; puede ser necesario reevaluar los puntos a lo largo del seguimiento. Cada profesional puede "recrear" su guión dentro de los modelos existentes o crear su propio guión. Sobre todo, la entrevista debe realizarse de acuerdo con los supuestos mencionados.

***Tabla 2****. HEAADSSSSSS*

|  |  |
| --- | --- |
| **HEAADSSSS** | **NOTAS** |
| **H. Habitation (Hogar)** | **Dónde vive, con quién, relaciones (árbol genealógico) Empleo/educación de los padres y familiares Dinámica familiar****Antecedentes familiares****. Salud (incluidos los trastornos psiquiátricos)****. Violencia, consumo de drogas****. Eventos - clave en la familia** |
| **E. La educación. Empleo. (Educación. Empleo)** | **Frecuencia, lugar y año escolar Asignaturas: preferidas y menos preferidas;****calificaciones Relaciones con los profesores, auxiliares docentes y colegas Planes de futuro****Absentismo. Cambios en la escuela y razones Empleo/trabajos** |
| **A. Comiendo. (Comer)** | **Patrón dietético (obesidad y trastornos alimentarios). Imagen corporal/peso corporal/forma del cuerpo. Hacer dieta. Ejercicio compulsivo y/o otros comportamientos compensatorios. APP y sitios****web.** |
| **A. Actividades** | **Actividades extraescolares y de ocio****. Aficiones, deportes, grupos, redes de apoyo, religión****. Redes sociales/juegos en línea/tiempo en la pantalla Amistades****Modos de diversión/Salidas****nocturnas Patrón de sueño** |
| **D. Drogas** | **Medicación habitual****Fumar (incluye los cigarrillos electrónicos), alcohol, otras drogas (incluye los productos farmacéuticos). Uso problemático de Internet/redes sociales/juegos en línea****. En los amigos, en la familia****. En la propia****Circunstancias, cantidad, frecuencia, vías de consumo****Otros comportamientos de riesgo (conducir, relajarse, solo, olvidarse, con los amigos, problemas con la ley):****. "CRAFFT"= Coche+Relajación+Sola+Olvida+Amigos+Problemas** |
| **S. Sexualidad** | **Relación. Afectos. No asumir la orientación** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Conocimientos: infecciones de transmisión sexual y anticoncepción****. Fuentes de información. Conocimiento de los servicios sanitarios de información y apoyo.****Actividad sexual****. Masturbación****. Relaciones: ¿Edad(es)? ¿Compañero(s)? ¿Con protección?****. Si: ITS, embarazo, bajo la influencia de drogas****. "Sexo virtual". Sexting. Compartir imágenes íntimas por teléfono móvil, chats o redes sociales****¿Abuso sexual? ¿Prostitución?** |
| **S. Suicidio** | **Cambios en el sueño, el apetito****Cambios de humor (irritabilidad, aburrimiento, ansiedad, tristeza) Orientación sexual e identidad de género****Aislamiento social, sentimientos de culpa****. Ideación suicida, autolesiones****. Intentos de suicidio****. Antecedentes de depresión/asesoramiento psicoterapéutico** |
| **S. Seguridad** | **Uso del casco y del cinturón de seguridad, conducción Acoso escolar, ciberacoso****Violencia doméstica, de pareja, deportiva, abusos (sexuales y de otro tipo) Pandillas, acceso a pistolas/cuchillos, problemas con la ley****Comportamientos anteriores bajo la influencia de las drogas Estrategias para hacer frente a situaciones de riesgo para la seguridad** |
| **(S.) Apoyo** | **Cualidades desde su punto de vista:****. Familia****. Amigos****. Propio****. Profesional de la salud** |

*Adaptado de (Klein, 2014) y (Miller, 2017).*

#  REFERENCIA

Se sugiere derivar a los adolescentes con diabetes a las consultas de Medicina del Adolescente (SPMA, 2016):

* Sospecha de alteración del crecimiento y/o del desarrollo puberal (excepto en situaciones ya observadas y evaluadas por un Pediatra y/o si se dispone de una Consulta de Endocrinología Pediátrica).
* Trastornos alimenticios y de la alimentación (cuando sea posible, en articulación con una consulta de psiquiatría y nutrición infantil).
* Experimentación y/o consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias psicoactivas (excluyendo las situaciones de dependencia, que deben remitirse preferentemente a los respectivos Centros de Respuesta Integrada - CRI).
* Necesidad de asesoramiento anticonceptivo, problema asociado a la sexualidad y/o comportamiento sexual de riesgo.
* Molestias inespecíficas y con necesidad de diagnóstico diferencial entre enfermedad orgánica y molestias psicosomáticas.
* Problema psicosocial1 (emocional, conductual, familiar, social y/o en contexto de enfermedad crónica/malformación física), sin seguimiento y sin indicación de observación previa en consulta de psiquiatría infantil2.
* Otra situación patológica específica de este grupo de edad o con impacto significativo en su desarrollo biopsicosocial.

#  REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Canals, J. C. (1999). Técnicas de entrevista con el adolescente. *Anales Españoles de Pediatría. Supl124*, págs. 7-10. X Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente de la A.E.P.

Cohen, E. M. (1991). HEADSS, a psychosocial risk assessment instrument: implications for designing effective intervention programs for runaway youth. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine.* , págs. 539-544. doi:10.1016/0197-0070(91)90084-y

Hofmann, A. D. (1997). Crecimiento y desarrollo del adolescente. En D. E. Adele Dellenbaugh Hofmann, *Adolescent Medicine* (págs. 10-22). Connecticut: Appleton & Lange.

Klein, M. G. (2014). HEEADSSS 3.0: La entrevista psicosocial para adolescentes actualizada para un nuevo siglo alimentado por los medios de comunicación. . *Pediatría contemporánea*.

Krauskopf, D. (2015). Los marcadores de juventud: La complejidad de las edades. *Última Década*, págs. 115-128. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362015000100006>

Moleiro, P. (2017). Entrevista a los adolescentes. Entrevista a los adolescentes. *12ª Escola de Outono de Medicina do Adolescente.* Ponta Delgada: SPP Sociedad Portuguesa de Medicina del Adolescente. doi:10.13140/RG.2.2.32832.43524/1

ONU. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño.* Nueva York: Naciones Unidas. Obtenido de https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/conve ncao\_sobre\_direitos\_da\_crianca.pdf

1. Quedan excluidas de este contexto las situaciones de bajo rendimiento escolar causadas por trastornos específicos del aprendizaje o déficit cognitivo y los problemas escolares relacionados con el área profesional (situaciones que deben ser, caso por caso, derivadas a otras consultas específicas).
2. Siempre que estén disponibles, las siguientes situaciones deben remitirse preferentemente a una consulta de psiquiatría infantil: 1) Adolescentes con alteraciones del comportamiento en el contexto de una enfermedad mental -por ejemplo, psicosis, depresión, déficit cognitivo, etc.-; 2) Adolescentes con ideación suicida; 3) Adolescentes con conductas autolesivas.

SMA. (2005). *Requisitos para la Atención al Adolescente.* Lisboa: Secção de Medicina do Adolescente da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Obtenido de <http://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos_SPP/Atendimento_Adolescente.pdf>

SPMA. (2016). Criterios de derivación a la Consulta de Medicina del Adolescente. *Reunión anual de la SPMA-SPP.* Penafiel: SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA DO

ADOLESCENTE. Obtenido de [https://www.spp.pt/UserFiles/file/eventos%20nacionais\_2016/1encontro%20SPMA%](http://www.spp.pt/UserFiles/file/eventos%20nacionais_2016/1encontro%20SPMA%25) 20outubro\_I.pdf

OMS. (1989). *La salud de los jóvenes.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2002a). *Adolescent friendly health services. Una agenda para el cambio.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2002b). Consulta mundial sobre servicios de salud adaptados a los adolescentes. A consensus statement. págs. 1-25.

OMS. (2012). *Making adolescent friendly health services. Elaboración de normas nacionales de calidad para servicios de salud adaptados a los adolescentes.* (ISBN: 978 92 4 150359 4 ed.). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

LA OMS. (2021). La salud del adolescente y del adulto joven. *Salud del adolescente y del adulto joven.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de [https://www.who.int/news-room/fact-](http://www.who.int/news-room/fact-) sheets/detail/adolescents-health-risks-and- solutions