

LA ENTREVISTA AL ADOLESCENTE

Josep Cornellà i Canals (*). Àlex Llusent Guillamet (**). (*) Programa d'Atenció l'Adolescent. Institut Català de la Salut. Girona. (**) Alumno asistente. Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona.

Los adolescentes necesitan un médico: no un compañero
J. Roswell Gallagher

INTRODUCCIÓN

La adolescencia representa un período de cambios rápidos que afectan las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de la persona. La medicina del adolescente es relativamente joven. Se puede decir que nace con las primeras clínicas específicas para adolescentes que abrió *Roswell J. Gallagher*, en Boston, a principios de los años cincuenta. A lo largo de este medio siglo de existencia, se han ido desarrollando las técnicas clínicas y de investigación en este campo de la medicina, y se han ido definiendo las características de su atención específica.

Para atender adolescentes no basta con tener unos conocimientos sobre las características de su desarrollo, su forma de enfermar y los recursos terapéuticos de que se dispone. También es necesaria una capacidad para “sentirse a gusto” delante del adolescente y cierta experiencia en el trato con la gente joven.

La entrevista constituye la primera y más importante parte de todo acto médico que tenga como objetivo aproximarse a la salud integral del adolescente. Debido a las características evolutivas de este grupo de edad, muy a menudo la entrevista representa la única y última oportunidad que tiene el médico para orientar, corregir, diagnosticar, asesorar, interpretar o ayudar a la persona en este momento de crecimiento y desarrollo, antes que se estructure como ser adulto. De ahí la importancia de una entrevista bien planteada, que pueda ser satisfactoria tanto para el médico como para su paciente. Para que el médico haya podido obtener la información clínica pertinente y para que el adolescente haya descubierto a un adulto que sabe escucharle y puede orientarle en lo que a su salud integral se refiere.

Ha sido tema de inacabables discusiones el debate sobre las características físicas que debe reunir una consulta específica para atender adolescentes. Y sabemos que no siempre es fácil conseguir un lugar idóneo. A menudo, estas discusiones esconden un temor, más o menos explícito, a enfrentarse con la realidad del adolescente, con lo que se retrasa el inicio de actividades. Sin embargo, en acertada frase de *J. Roswell Gallagher*, considerado “padre de la medicina del adolescente”, el hecho de proporcionar al adolescente un lugar específico no es garantía de su cooperación: **lo que realmente cuenta es la manera como el médico habla con él y lo trata** (1). De aquí la importancia de adquirir una buena capacidad para la entrevista.

Para estructurar las bases de esta entrevista, debemos adquirir un correcto conocimiento sobre las características del entrevistado (el adolescente), revisar las cualidades y la disposición del entrevistador (el pediatra), y tener muy presentes las características que deben reunir el contenido y la forma de la entrevista para que sea un eficaz acto médico.

1.- EL ADOLESCENTE

El adolescente tiene unas necesidades de salud con unas características de globalidad (los aspectos biológicos se entremezclan con los condicionantes psicológicos y ambos están inter-relacionados con el entorno social concreto en que vive) y, al intentar acceder a los servicios de salud, se encuentra con unas barreras que tanto pueden nacer de las características del sistema sanitario como de las condiciones personales que son típicas de esta etapa de la vida. El conocimiento de todo ello facilitará la aproximación a su salud integral.

1.1.- La adolescencia, una etapa de crecimiento y maduración

El adolescente se encuentra en un largo proceso de crecimiento y maduración a nivel biológico, psicológico y social, con unas tareas muy concretas, cuyo objetivo final es la adquisición de las siguientes capacidades:

Identidad: encontrar un sentido coherente a su existencia

Intimidad: adquirir la capacidad para las relaciones maduras

Integridad: adquirir un sentido claro de lo que está bien y lo que está mal

Independencia psicológica: adquirir la capacidad para tomar las decisiones por si mismo, sin depender de los demás, asumiendo el rol de persona adulta

Independencia física: adquirir la capacidad para ganarse la vida y ser independiente de la familia

1.2.- Unas barreras para acceder a los servicios de atención a la salud

Pero el adolescente no siempre tiene facilidad para acceder a los servicios de atención a la salud. Mientras que durante estos últimos años los problemas de salud integral de los adolescentes y jóvenes se han hecho más complejos (dificultades adaptativas y alteraciones en la salud mental, dificultades escolares, consumo de alcohol y drogas, inicio precoz de relaciones sexuales, enfermedades de transmisión sexual...), nuestros sistemas organizativos han ido complicando las barreras que obstaculizan el acceso de los adolescentes a los servicios de promoción de salud (2):

1. La burocratización de los sistemas de atención al usuario impide el sentimiento de confidencialidad, que es la base para una buena relación entre el médico y el adolescente.
2. No hemos acertado en ofrecer el tipo específico de atención que precisa el adolescente, con más tiempo disponible, con más capacidad de escucha (durante la adolescencia suelen existir más dificultades de comunicación verbal) que interés en la resolución de problemas concretos, y una mayor proximidad de la consulta. Nos encontramos en una edad en que ya no nos son válidos los esquemas que se han propuesto en el **“Programa del Niño Sano”**. Y, como pediatras, debemos adquirir conciencia sobre este punto.
3. La falta de conocimientos que el adolescente tiene sobre los recursos sanitarios a dónde puede acudir. De hecho proliferan los llamados “programas” dirigidos a gente joven sin que exista una verdadera coordinación entre ellos. La sensación que tiene el adolescente es, a menudo, de desconcierto.

4. La misma etapa del desarrollo psicológico del adolescente (“pensamiento mágico”) le lleva a negar o a infravalorar sus problemas de salud, por lo que se suele retrasar la consulta sobre los mismos.
5. El solo hecho de admitir la posibilidad de problemas en su salud física o mental supone una seria amenaza para una autoestima frágil y que se encuentra en período de construcción. Este hecho debe ser bien conocido por el pediatra.

De la consideración de estas barreras se ha derivado el interés que tiene la atención específica al adolescente, la educación para la salud, y la organización de unos servicios primarios básicos de atención a su salud física y mental. Muchos de los problemas de salud que hoy en día son objeto de grandes desembolsos económicos tienen su origen en conductas iniciadas durante la adolescencia y juventud (consumo de tabaco, alcohol y drogas, conductas sexuales que aumentan el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, actividad física insuficiente, malos hábitos nutritivos, trastornos en la conducta alimentaria,...)

2.- EL PEDIATRA

El segundo protagonista en la entrevista va a ser el médico que va a realizarla. También ha sido objeto de polémica la determinación de quien debe ser el médico que atiende a los adolescentes. Pero aquí, más que la titulación específica, interesa un estado de ánimo y una predisposición para acceder a sus problemas de salud. Por las características específicas de la formación y del quehacer pediátrico, en nuestro país sigue siendo el pediatra quien, en la mayoría de ocasiones, puede y debe ocuparse de la salud integral del adolescente.

2.1.- El pediatra: el médico de los adolescentes.

Como pediatra de atención primaria, coincido con el *Prof. Vallbona* (2) al afirmar **que el pediatra sigue siendo el especialista idóneo para atender adolescentes**. Y no solamente hasta los 14 ó 15 años (que es lo que nos permite la actual legislación en España), sino hasta los 21 años como recomiendan la Academia Americana de Pediatría y diversas Sociedades Científicas (3).

Pero, **¿están todos los pediatras capacitados o motivados para atender adolescentes?**

El pediatra que se interesa para atender adolescentes va a requerir, como cualidades básicas, la motivación y la ilusión. Luego, conviene que sepa que va a requerir mucha disposición personal para entenderlos, valorarlos y, sobre todo, escucharlos. En palabras de *Enrique Dulanto* (4), el pediatra va a necesitar una especial **“disposición para ser muy paciente, sin desesperarse ni desmayar la voluntad en el trato con ellos. Le hará falta saber callar y saber disimular, estar comprometidos a darles el mismo apoyo y afecto que autoridad. Le hará falta estar dispuesto a crear un clima de libertad en la relación, permitiéndoles manifestarse y ser, orientarles hacia la responsabilidad sin imponerles valores. Le hará**

falta fomentar el análisis y el encuentro con ellos, sin manipular conciencias, estando imbuidos (desde la propia madurez) de un espíritu abierto, sincero y franco”.

El mismo autor propone unos requisitos mínimos de personalidad en el médico que va a atender adolescentes y que se recogen en la tabla 1. Pero será además muy importante que el médico sepa mantener viva la capacidad para el asombro constante, el afán de búsqueda y un infinito afecto por la vida misma.

A diferencia de lo que supone la atención a niños o adultos, la atención al adolescente obliga a que el profesional de la salud se sienta comprometido para brindar orientación práctica a través de unas técnicas adecuadas y una sensibilidad madura. A través de la entrevista se deberá ver más allá para percibir cuales son las demandas implícitas que se esconden tras cualquier motivo banal y explícito de consulta. Esta capacidad para ver más allá ofrece una perspectiva de aquellos factores que pueden amenazar la homeostasis psíquica y social del adolescente.

Retomando a *Dulanto* (4), ser médico de adolescentes implica ***“tener capacidad para desarrollar la identidad médica, la vocación de servicio, y el afán de tener un sentido humanista de la existencia”***

2.2.- Un examen de conciencia para antes de comenzar.

De aquí que sugiero este pequeño y útil examen de conciencia (5) para el pediatra que se anime a atender adolescentes en su consulta. No se trata de asustar a nadie. Se trata de que, como médico, reflexione sobre las propias virtudes y los propios defectos, sobre las necesidades de formación personal y sobre las adaptaciones necesarias que deberá introducir en su rutina diaria.

1. *¿Tengo una correcta y sólida formación clínica en aspectos somáticos (crecimiento y desarrollo) y psicológicos?*
2. En caso negativo, *¿estoy dispuesto a reconocer mis áreas deficitarias y a adquirir una formación en ellas?*
3. *¿Me siento cómodo y a gusto atendiendo adolescentes?* Se impone la sinceridad con uno mismo. De la misma manera que no todo pediatra, por el mero hecho de serlo, tiene porque sentirse cómodo atendiendo prematuros, no a todos los profesionales de la pediatría les agrada tratar con este grupo concreto de pacientes.
4. *¿Tengo capacidad para trabajar en un verdadero equipo interdisciplinario, aceptando la responsabilidad de seguir siendo el médico de referencia de mi paciente adolescente?* En medicina del adolescente nunca está permitido “sacarse un paciente de encima” para evitar conflictos o problemas. La interconsulta requiere la recuperación del paciente y la discusión de su patología con otros profesionales.
5. *¿Acepto la necesidad de formación continuada y de seguir los cambios que tienen lugar en la sociedad y en el perfil de los adolescentes ?.*
6. *¿He sido capaz de elaborar mi propia historia personal, de manera que estoy en condiciones de encarar los problemas cotidianos (sexualidad, violencia, drogas,...) con ma-*

durez, equilibrio y distancia? Es muy importante evitar la proyección de los propios conflictos de una adolescencia mal resuelta sobre el adolescente que tenemos enfrente.

Es fundamental que el médico se sienta a gusto con el adolescente. Sus ideas, por muy arraigadas y extraordinarias que sean, no deben influir ni en el tratamiento ni en los consejos que pueda dar al adolescente. El médico ha de ser capaz de prestar al adolescente un verdadero interés y un sincero respeto, aunque no siempre le sea posible aceptar su enfermedad, sus ideas y su conducta.

2.3.- El rol del pediatra ante el adolescente

Este examen de conciencia tiene una segunda parte, no menos importante, para valorar justamente cual ha de ser el rol del pediatra ante el adolescente, a fin de que la entrevista sea fructífera. Ya que, con cierta frecuencia, el médico (que no deja de ser una persona adulta) entorpece involuntariamente el éxito de la entrevista, se hace imprescindible un frecuente y sincero autoanálisis crítico de su actuación frente al adolescente.

A pesar de las buenas intenciones, cuando falta la autocrítica, el pediatra puede asumir un rol incorrecto ante el adolescente. Como en las siguientes situaciones (5):

1. *Médico aliado del adolescente.* Ocurre cuando el médico adopta una actitud de rechazo hacia ciertos padres rígidos, poco contenedores, acusadores o abandonicos. La defensa del adolescente "víctima" suele conducir a perder el paciente y las posibilidades de ayudarlo. El médico de adolescentes no debe caer en la tentación de asumir el papel de padre sustituto o salvador.
2. *Médico aliado de los padres.* La actitud de alianza con los padres va a ser vivida por el adolescente como una alianza con quienes no le comprenden. Se cierra, por lo tanto, toda posibilidad de ayuda o intervención hacia el adolescente.
3. *Médico moralizante.* Se trata de otra forma de alianza con los padres a través del sistema de dar consejos ("no hagas", "no pruebes",...). El adolescente verá en este profesional un aliado de su familia. Para discursos morales le sobran los de sus padres.
4. *Médico afectivamente inmaduro.* Hay médicos que no deberían atender adolescentes. Las consultas con adolescente pueden ser un estrepitoso fracaso si el médico no ha elaborado previamente sus prejuicios, sus convicciones o sus vivencias personales conflictivas.

¿Cual debería, por lo tanto, ser finalmente, el **perfil del pediatra** capaz de acercarse al adolescente? El perfil más idóneo será el de un pediatra, con personalidad madura, y que sea capaz de (6):

- ✓ Favorecer la cita personal
- ✓ Facilitar la consulta sin padres
- ✓ Dar directamente las explicaciones
- ✓ Ayudarles a comprender su enfermedad
- ✓ Implicarlos en el mantenimiento y recuperación de su salud

- ✓ Tener como objetivo desarrollar su autonomía

3.- CARACTERÍSTICAS DE LA ENTREVISTA

3.1.- Unas recomendaciones de carácter general.

Para el pediatra no acostumbrado a atender adolescentes en su consulta, existen una recomendaciones que le pueden ayudar a tener éxito en su labor. Se trata de introducir unas modificaciones en la metodología a que pueda estar acostumbrado en su trato con niños pequeños y con sus padres. Se trata de pequeñas recomendaciones que pueden tener gran trascendencia a la hora de tratar con adolescentes (8).

1.- Para la **anamnesis** de la historia previa (neonatal, vacunas, enfermedades pasadas,..) habrá que contar con la colaboración de los padres. Se trata de una excelente ocasión para que el adolescente, presente ya en esta primera etapa de la anamnesis, conozca algo mejor sus antecedentes personales. Conviene que ya en la primera entrevista quede bien claro que el médico es el médico del adolescente y que no es el médico de los padres, así como establecer la garantía de confidencialidad.

2.- Si el adolescente ha acudido acompañado de sus padres, es lógico que sean éstos quienes expongan los **motivos de consulta**. A menudo pueden no coincidir con los puntos de vista del adolescente. Por ello habrá que informarle que más tarde tendrá derecho a decir su versión de los hechos y habrá que estar preparado para salvaguardar la buena imagen del adolescente ante unos padres que son críticos al presentar la historia.

3.- A continuación, se invita a los padres a volver a la sala de espera y se procede a la **entrevista personal al adolescente**. La entrevista personal al adolescente suele ser prolongada y, por lo tanto, habrá que disponer de tiempo, sin prisas, para escuchar las respuestas, a menudo extensas, del adolescente. Cabe recordar que dichas respuestas pueden ser extensas.

4.- Pero, además habrá que tener presentes la confidencialidad, las interrupciones, los comentarios y los juicios de valor. Así como evitar escribir en presencia del adolescente durante la entrevista (6)

3.2.- Líneas guía para la entrevista.

Cuando, a menudo, me preguntan dónde he aprendido a entrevistar adolescentes, contesto que en la consulta diaria. Nada como la experiencia, con sus pequeños éxitos que estimulan y los fracasos que agujonean, para ir aprendiendo estas técnicas de entrevista con el adolescente. A la hora de proponer un esquema, utilizo los de *Iris Litt* (7) y *Matilde Maddaleno* (8), puesto que su exposición clara y ordenada, ofrece una buena guía para orientar la entrevista.

1.- **Presentación del médico**. El médico deberá presentarse al adolescente, de forma agradable. Como que, a menudo el adolescente no tiene claros los diferentes roles de los profesionales de la salud, se trata de presentar los diferentes profesionales del equipo e, incluso, a los posibles médicos en formación que están presentes en la consulta.

2.- **Presentación del adolescente.** Conviene interesarse por el nombre o apodo con que quiere ser conocido.

3.- **Escuchar atentamente al adolescente** y atender todos sus problemas, por poco importantes que nos puedan parecer.

4.- **Registrar mentalmente las impresiones iniciales sobre el adolescente** (ropa, gestos, estado de ánimo). Conviene saber que los sentimientos que un adolescente nos provoca guardan relación directa y estrecha con los que él va a sentir ante nosotros (ansiedad, aburrimiento, agresividad).

5.- **Observar mucho y escribir poco.** El lenguaje no verbal puede ser la clave para un buen diagnóstico: el movimiento de las manos, la manera de sentarse, los movimientos oculares y la mirada, el inicio de las lágrimas,...

6.- Es fundamental **establecer una buena relación entre el médico y el adolescente.** Para ello, y delante de los padres, se debe asegurar la privacidad y la confidencialidad de la entrevista. Asimismo conviene dejar claros los límites de este “secreto profesional” que no son otros que las situaciones de grave peligro para la vida (ideación suicida) o de gran riesgo social (ideas sobre fugas o sobre daños irreparables).

7.- **Perder el miedo al compromiso de confidencialidad.** En mi experiencia personal, cuando un adolescente me ha confiado conflictos importantes que, sin rayar el riesgo, pienso que debería ponerlo en conocimiento de sus padres, nunca he tenido dificultades para llevarlo a cabo. Se ha tratado de exponer llanamente al adolescente una opinión bien argumentada sobre la conveniencia que el médico ve en poder mantener una charla con los padres sobre aquellos temas más espinosos. En este caso se le propone al adolescente una reunión a tres partes, en la que el médico va a asumir el papel de abogado defensor del muchacho o muchacha. Esta sencilla técnica me ha proporcionado experiencias muy gratas en el trato con los adolescentes y sus padres.

8.- **Usar un lenguaje con el que el adolescente se sienta comfortable.** Hay que evitar usar el “argot” juvenil de moda. Nuestro paciente busca en nosotros un profesional sensible y maduro y no espera que lo atienda otro adolescente.

9.- **Evitar los silencios prolongados y los comentarios que impliquen un juicio de valor.** Nunca hay que tener prisa para enjuiciar las acciones y será siempre preferible conducir la conversación hacia la reflexión personal y la argumentación, a fin de provocar que sea el propio adolescente quien llegue a emitir sus propios juicios de valor. Evidentemente, tendrán mucho más valor, por inmaduros que nos parezcan, que los que le podamos transmitir nosotros mismos.

10.- **Considerar seriamente todo comentario que el adolescente nos haga y hacer cuanto esté en nuestras manos para que se sienta valorado como persona y como adulto.** Evitar por todas las maneras que se pueda sentir tratado como un niño y, mucho más, como un caso clínico.

11.- Durante la entrevista, conviene **explorar todos aquellos detalles** que nos interesan de la vida del adolescente, empezando por el motivo de consulta. Ya tendremos tiempo más adelante de investigar los antecedentes personales y familiares, la historia escolar o laboral, o los hábitos y estilos de vida.

Ya que la entrevista con el adolescente puede tender al desorden, es útil tener presente un guión sobre todo aquello que nos interesa saber. En este sentido nos sirve el acrónimo que propone *García Tornel* (9): **F.A.C.T.O.R.E.S.**

Familia: relación con los padres y hermanos, grado de satisfacción

Amistades: Actividades, deportes, tipo de relaciones

Colegio-trabajo: rendimiento, grado de satisfacción.

Tóxicos: experimentación-abuso, tabaco, alcohol, drogas.

Objetivos: estudio, trabajo, familia, ideales, ilusiones.

Riesgos: deportes, moto, coche, ambientes violentos, medicaciones, abuso sexual, régimen dietético.

Estima: aceptación personal, autoestima, valoración de la propia imagen

Sexualidad: información, identidad, actividad, precauciones, homosexualidad.

Como puede ser útil también el que utiliza *L. Neinstein* (10) en su clínica para adolescentes de “Los Ángeles”. El acrónimo es **H.E.A.D.S.S.:**

Hogar

Educación

Actividades

Drogas

Sexualidad

Suicidio

12.- **El punto de partida de la entrevista debe ser el motivo de consulta.** Pero podemos encontrarnos con un adolescente que refiera síntomas que no son representativos de su verdadero problema. Se trata de una manera de poner a prueba nuestra confiabilidad y nuestro grado de comprensión. Un adolescente de dieciséis años que acudió a mi consulta aquejado de una rinitis persistente tenía, en realidad, un problema con el consumo de cocaína. Pudo explicármelo a lo largo de la entrevista. Por lo tanto, debe indagarse, con mucho tacto, el verdadero motivo de la consulta.

13.- A menos que exista una relación previa con el adolescente, suele ser difícil establecer una comunicación libre y fluida. Incluso cuando se trata de un paciente seguido en consulta durante la infancia, conviene tener en cuenta que la adolescencia supone un cambio importante en las relaciones con los adultos. Sin que existan fórmulas mágicas, algunas ideas pueden ayudar a **estructurar la entrevista** con el adolescente.

✓ La comunicación es más fácil a base de preguntas abiertas, que permiten una mayor explicación en las respuestas. “*Cuéntame más sobre esto*”, “*¿Como te sentiste?*” o “*¿Que aspectos desearías modificar en la relación con tus padres?*”

✓ Utilizar respuestas “en espejo”, repitiendo sus propias respuestas. Por ejemplo: “*¿como te sientes con tu padre?*” “*Lo odio*”. Nuestra respuesta en espejo será: “*¿Lo odias?*”. Y, con algo de suerte, el adolescente seguirá la conversación: “*Si, porque.....*”

✓ Ir resumiendo los puntos que aparecen en la entrevista para ayudar al adolescente a la síntesis de sus problemas y, muy a menudo, a ser consciente de sus preocupaciones reales.

✓ Preguntar para aclarar algunas afirmaciones o expresiones que puedan quedar en el aire. Por ejemplo, “*¿Qué quieres decir con eso?*”

✓ Cuando se trate de temas embarazosos, podemos usar afirmaciones que faciliten la discusión. Por ejemplo: “*Muchos chicos de tu edad se masturban o juegan con sus genitales, lo que es normal. Imagino que, a menudo, tu también desearías hacerlo...*”

✓ En casos aún más embarazosos, utilizar ejemplos de terceras personas para permitir la proyección. Por ejemplo: “*Me han dicho que sin tomar pastillas es difícil divertirse en las discotecas. ¿Qué opinas tu de ello?*”

✓ Dar apoyo a través de respuestas que impliquen el sentimiento de comprensión que el médico tiene de sus problemas. Por ejemplo, “*imagino que te lo has pasado muy mal, y sin poder contárselo a nadie...*”

14.- Evitar proyectar los sentimientos de nuestra propia adolescencia en nuestro paciente. Pero cabe **recordar también que un día fuimos adolescentes**: nos va a ayudar a comprenderlos.

15.- **Evitar asumir un rol parental sustituto**. El profesional debe actuar como un adulto que pone especial énfasis en escuchar, aconsejar y guiar, evitando los juicios de valor. Se pueden comprender todas las conductas, lo cual no implica aceptarlas y apoyarlas. Recordarle, a menudo, que el auténtico responsable de su salud es él mismo.

16.- **Reconocer las incomodidades**. Cuando el médico se pueda sentir incómodo para tratar algún tema concreto con el adolescente, será mejor dejarlo para el final, cuando se haya establecido ya un buen clima de confianza y comunicación.

17.- **Actuar siempre como abogado del adolescente**. Recalcar sus características positivas y sus habilidades (que a menudo los padres, agobiados por las conductas negativas, no han sabido apreciar). Cabe tener en cuenta que apoyar al adolescente en un período de “bajón” no es lo mismo que apoyar una conducta impropia.

18.- **Inculcar la responsabilidad**. El médico debe tener conciencia de que los adolescentes han de ser los responsables de su propio cuidado. Cuanta más responsabilidad de da, menos problemas de obediencia aparecen.

3.3.- Valorar siempre los factores de riesgo.

Uno de los temas que más preocupa cuando abordamos el tema de la atención a la salud integral del adolescente es el que hace referencia al concepto de riesgo. Entendemos por riesgo la probabilidad de que ocurra algún hecho indeseable. Los riesgos no están aislados del contexto social, sino que se interrelacionan con una compleja red de factores e intereses sociales, culturales, económicos y ambientales. El conocimiento de los riesgos no debe ser la excusa para refugiarnos en el pesimismo ante el devenir de la juventud actual. Debe ser, más bien, el acicate para demostrar la necesidad de diseñar programas preventivos, organizar sistemas asistenciales que sean válidos, e intervenir cuando la ocasión lo requiera. Pero hay que distinguir entre factores de riesgo, conductas de riesgo y situaciones de riesgo.

Entendemos como **factores de riesgo** “aquellos elementos que tienen una gran posibilidad de desencadenar o asociarse al desencadenamiento de algún hecho indeseable, o de una mayor posibilidad de enfermar o morir” (11). Los factores de riesgo pueden ser la causa de un daño o actuar como moduladores del mismo, en el caso de que influyan en las probabilidades de ocurrencia del mismo.

Las **conductas de riesgo** agrupan aquellas “actuaciones repetidas y fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la infancia o la adolescencia, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura” (11). Muy a menudo, ciertas conductas de riesgo del adolescente son de tipo reactivo y no representan más que una manifestación, más o menos oportuna, de su camino hacia la autonomía y la independencia.

Los y las adolescentes necesitan explorar los límites, cuestionar las normas, enfrentarse a sus dudas y emociones, desafiar las potencialidades de su propio cuerpo y establecer unas nuevas formas de relación con los adultos. Se trata de manifestaciones normales de la crisis fisiológica de la adolescencia. Solamente cuando estas situaciones se repitan con excesiva frecuencia o excedan los límites del comportamiento social aceptable, podremos hablar de conductas de riesgo.

En las conductas de riesgo suele existir conciencia del peligro que se corre. Pero prima un sentimiento de invulnerabilidad y una necesidad de demostrar a uno mismo y al entorno la capacidad de desafío de la norma.

Finalmente, las **situaciones de riesgo** se definen como “aquellas circunstancias que ofrecen un riesgo a toda la comunidad o grupo social”(11). Una situación de riesgo que afecte a la adolescencia y juventud puede ser la permisividad en el uso de las drogas o las exigencias que se imponen en la práctica de determinados deportes. Una situación de riesgo que se ha relacionado con los trastornos de conducta alimentaria puede ser el excesivo culto a la imagen corporal.

La entrevista dirigida a un adolescente debe ser lo menos parecido a un interrogatorio, pero no se puede olvidar que precisamos recoger datos sobre las situaciones de riesgo.

Las preguntas que aparecen en la tabla 2 tendrán utilidad siempre que se puedan incluir en el transcurso pausado de una conversación.

3.4.- Cuestionando los cuestionarios.

El objetivo de la entrevista es obtención de información sobre el adolescente y su entorno. Y no lo vamos a atener fácil. Habitualmente, el adolescente es “arrastrado” hasta la consulta por sus padres. Y aparece ante nosotros temeroso y desconfiado, o depresivo y preocupado. En otras ocasiones, sus mecanismos de defensa le hacen aparecer expansivo, charlatán, fanfarrón o autosuficiente. Puede ser difícil entrar en la entrevista. Por ello, nos puede ser útil un sencillo cuestionario, adaptado a su lenguaje, que nos ofrezca la ocasión para entrar en más detalles. Existen diversos modelos y cada médico deberá elaborar el suyo propio. A modo de ejemplo, adjunto (tabla 3) el que utilizo, en algunas ocasiones, en mi consulta .

Como **ventajas**, el cuestionario es rápido, uniforme y permite hacer comparaciones. Cuando en el cuestionario se incluyen preguntas sobre aspectos psicosociales, sirve como buena carta de presentación de un médico que no solamente se interesa por los aspectos somáticos, y va a facilitar la comunicación sobre estos temas.

Pero hay que tener presente que un cuestionario tiene también sus **limitaciones**: es impersonal, recuerda los exámenes tipo “test” que tanto se utilizan en la escuela o en el instituto, los padres pueden influir si están presentes, y podemos encontrar pacientes con dificultades para entender las cuestiones.

Los cuestionarios son útiles si se utilizan con prudencia. Deben ser cortos, con pocas preguntas, de fácil comprensión, y sin pretensiones de querer abarcar todos los aspectos de una anamnesis. Deben ser la base para una posterior entrevista estructurada.

3.5.- Los tests proyectivos.

Se ha propuesto por parte de diversos autores la inclusión de tests proyectivos para obtener una impresión global de las características de la personalidad del adolescente. Pueden ser útiles siempre que se parta de la premisa que los resultados que ofrecen son inconsistentes. A veces se requiere un entrenamiento muy a fondo para la utilización de cierto tipo de tests.

En mi trabajo cotidiano utilizo preferentemente el dibujo de la figura humana, de la familia, y del árbol. En situaciones familiares conflictivas, resulta interesante el test de Pattenoire, de Corman (12). Aunque se trata de un test basado en la teoría del psicoanálisis, ofrece una perspectiva de la percepción familiar que tiene el adolescente en un momento dado.

3.6.- Observar más que hablar.

Como humanos, tenemos tendencia a hablar. Y no nos percatamos que tenemos dos ojos, dos oídos y una sola boca. ¡Por algo será!. Ya he enfatizado sobre la conveniencia de escuchar, para lo que hay que activar bien el oído. Pero sin olvidar la observación directa del adolescente, de su lenguaje corporal. Debemos estar atentos y abrir bien los ojos para obtener datos interesantes de la vida del adolescente: la apariencia (vestido, cuidado personal, aseo, humor,...), la conducta, y la interacción con los padres.

4.- OTROS ELEMENTOS A CONSIDERAR

4.1.- La familia

En mi intento de dar énfasis a la entrevista personalizada con el adolescente, hemos dejado a los padres en la sala de espera. Pero aquí debemos recordar que los padres suelen representar las personas adultas más próximas al adolescente y que, de ninguna de las maneras, el profesional de la salud deberá interferir en la relación entre padres e hijos. Más bien, uno de los objetivos de nuestra actuación será el facilitar el entendimiento y la comunicación. Aquí conviene recordar estos puntos que, muy acertadamente, señala *Maddaleno* (8):

1.- Mantener la privacidad del adolescente en la entrevista que mantendremos con padres y adolescente a la vez.

2.- Registrar la interacción entre el adolescente y sus padres para evaluar así cual es la dinámica familiar.

3.- Mantenerse neutral, actuando como consejero. Evitar el papel de juez que, a menudo y de forma muy subliminal, piden los padres o el propio adolescente.

4.- La entrevista conjunta (padres y adolescente) es imprescindible cuando el problema es de ambos, hay una alteración en la dinámica familiar, se necesita aliviar a los padres de los sentimientos de rechazo o de culpa, cuando se desea lograr cambios en ambos, o cuando lo piden los propios padres.

5.- Siempre que sea posible, será interesante entrevistar a los padres a solas, pero informando de ello al adolescente. El médico no puede olvidar que su paciente es el adolescente.

4.2.- La confidencialidad

La confidencialidad se refiere al carácter privilegiado y privado de la información aportada durante la transacción de la atención sanitaria (13). La mayoría de médicos dan apoyo a las actividades sanitarias confidenciales para adolescentes (14). Para los adolescentes, la garantía de confidencialidad es una condición muy valorada en el momento de utilizar los servicios sanitarios (15), en especial para lo que se refiere a problemas relacionados con la sexualidad, el abuso de sustancias y la salud mental (16). En una encuesta hecha entre adolescentes de Barcelona (17), siete de cada diez pensaban que no podían hablar de cualquier tema con su médico, siendo las razones más frecuentes la falta de confianza y el miedo de que se lo cuente a sus padres.

La confidencialidad es esencial para que el paciente deposite confianza en su proveedor de asistencia sanitaria y pueda aportarle las informaciones que, suponiendo aspectos de su intimidad y de su vida personal, puedan ser útiles en su proceso diagnóstico y terapéutico. Se dice que no hay medicina sin confidencia, no hay confidencia sin confianza y no hay confianza sin secreto (18).

La confidencialidad en la relación entre el médico y el adolescente debe existir siempre que sea posible, teniendo en cuenta la edad, la capacidad de entender el problema y de tomar

decisiones, así como las repercusiones futuras de estas decisiones, las relaciones con los padres y los impedimentos legales.

El derecho a la confidencialidad viene legitimado por las recomendaciones del Código de Deontología del *Consell de Col·legis de Metges de Catalunya* (19), que entró en vigor el primero de enero de 1998:

- “La primera lealtad del médico debe ser ante la persona que atiende. La salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia” (artículo 8)

- “El médico tiene el deber de respetar el derecho de toda persona a su intimidad con la condición de que los límites de esta solo puede fijarlos el interesado.” (artículo 28)

- “El médico tiene el deber de guardar secreto todo aquello que el paciente le haya confiado, lo que haya visto, haya deducido y toda la documentación producida en el ejercicio profesional, y procurará ser tan discreto que ni directamente ni indirectamente nada pueda ser descubierto.” (artículo 30)

- “En el caso de un menor, el médico debe respetar su voluntad si este tiene capacidad para comprender lo que decide, aunque el padre, la madre o el representante legal no estén conformes” (artículo 13)

Asimismo, las recomendaciones de la *American Medical Association* (20) dicen expresamente que “los médicos deberían establecer normas de consulta respecto a la atención confidencial a los adolescentes y a como deberían de estar involucrados los padres en esta atención”. Y añade que “estas normas deberían de quedar claras para los padres y los adolescentes”. Es necesario así que los médicos comuniquen explícitamente a sus pacientes adolescentes las pautas que siguen en la consulta respecto la confidencialidad.

A pesar de que la atención confidencial puede ser percibida como un antagonismo entre los derechos de los padres y los del adolescente, la necesidad de discreción se entiende con más facilidad si se le considera cómo una parte normal y esencial del proceso de desarrollo. Así, en una interpretación de la legislación vigente (21), se acepta el criterio de madurez del menor como determinante del derecho a su intimidad.

Como médicos de niños, todos hemos ido desarrollando un modelo ético pediátrico en nuestros actos médicos en los que son los padres quienes tienen la capacidad para tomar decisiones. Así mismo sabemos que, en el modelo ético adulto, el paciente tiene siempre plena capacidad de decisión y responsabilidad en sus problemas médicos. ¿Cual tendría que ser el modelo ético para la atención al adolescente?

La relación entre el médico y el adolescente debe basarse en el respeto por su autonomía, buscando siempre su beneficio, desde el principio de la justicia. En nuestra relación profesional con el adolescente se pueden presentar situaciones en las que se plantee un conflicto entre los principios de responsabilidad de los padres y el respeto por la autonomía del paciente.

Debido a que la incertidumbre sobre la confidencialidad de los servicios sanitarios hace que algunos adolescentes y jóvenes callen información relevante y aplacen o eludan la asistencia sanitaria (22), es importante dejar los conceptos bien claros en la primera entrevista que

mantengamos con el adolescente y sus padres. En mi experiencia personal, cuando un paciente me ha confiado conflictos importantes que, sin representar una situación de riesgo vital, creo que deberían ser puestos en conocimiento de sus padres, nunca he tenido dificultades. Con mucha paciencia y sin ninguna prisa, se trata de ir argumentando al adolescente los efectos beneficiosos de mantener una conversación con sus padres sobre aquellos temas más conflictivos. Se propone al adolescente un encuentro entre sus padres, él mismo y el propio médico, comprometido a hacer el papel de abogado defensor del adolescente. Se trata de una sencilla técnica que me ha proporcionado vivencias muy gratas en el ejercicio de mi profesión. Así, la garantía de confidencialidad posibilitará un acercamiento del adolescente, facilitando su acceso a la consulta.

Las limitaciones de esta garantía de confidencialidad aparecen cuando se pone en riesgo la propia vida o la de una tercera persona. El “paternalismo justificado” solo es aceptable cuando el daño que se evita al adolescente es más grande que el perjuicio causado por la violación de la norma moral que protege la autonomía (23).

Queda claro que la confidencialidad es esencial en la atención a la salud del adolescente. Así, los pediatras que acepten atender sus demandas de salud, deben garantizar el respeto a la confidencialidad desde el primer momento de la consulta. Como pediatras debemos aceptar nuestro papel de abogados de los niños y de los adolescentes, y el bien de estos es la clave interpretativa de toda la reflexión ética (24). Es importante discutir y consensuar con los padres y los adolescentes las estrategias que se seguirán respecto a la confidencialidad.

Desde esta perspectiva, creo interesantes las siguientes recomendaciones que nos dirigía un experto en temas de ética en una de las primeras reuniones de la Sección de Medicina del Adolescente de la AEP (25):

1. El pediatra debe responder con lealtad a la confianza que el adolescente ha depositado en él.
2. Asimismo, debe responder a las necesidades del adolescente, ayudándole a discernir sus tensiones y sus conflictos, teniendo en cuenta que es el adolescente quien deberá decidir.
3. El pediatra debe ofrecer continuidad y estabilidad, estar siempre receptivo: la relación con el adolescente es un proceso largo.
4. Es necesario animar al adolescente a que sea él quién tome sus propias decisiones, sin ningún tipo de coacción. Esto quiere decir ser capaces de colaborar sin interferir en el crecimiento global del adolescente y no involucrarse en las decisiones personales y morales de este.
5. El pediatra no debe actuar como moralista, ni tiene que exponer, plantear o comparar sus propios criterios con los del adolescente.
6. No se puede aceptar la coacción moral. Cada uno debe examinarse a sí mismo y conocer los límites de la complicidad moral en que puede involucrarnos el adolescente.

7. Dentro del actual pluralismo moral, será necesario estar suficientemente abiertos para ejercer nuestras responsabilidades con tolerancia hacia personas de ideas y creencias muy diversas.

8. A pesar de todo, la relación con el adolescente es compleja. Es necesaria una actitud de autocrítica. A veces será necesario ser indulgente con los propios fracasos y humilde con las actuaciones exitosas.

4.3.- Entrevistas conflictivas

La entrevista con el adolescente puede, a veces, discurrir por cauces no previstos. El pediatra que asume atender adolescentes deberá tener presente estas situaciones y prepararse anímicamente para sobreponerse a ellas. El pediatra puede encontrarse ante las siguientes situaciones (8):

1.- **El adolescente hablador.** Hay adolescentes que hablan constantemente en un acto defensivo para no entrar en los temas conflictivos. Sus relatos de éxitos intentan desviar la atención del entrevistador. Se recomienda ignorar las exageraciones, evitar entrar en detalles sin importancia y concentrarse en lo que está intentando decir más que en lo que realmente dice. Habrá que desarrollar habilidad para descifrar los mensajes. Será útil dar más estructura a la entrevista, marcando los límites de la misma. Puede ser útil decir: *“Veo que te gusta mucho hablar de tal tema. ¿Por qué?”*

2.- **El adolescente silencioso.** Hay adolescentes que permanecen mudos durante la entrevista y los hay que, incluso, dan la espalda al entrevistador. Lo más probable es que se trate de adolescentes que hayan sido obligados a acudir a la consulta desde la familia o la escuela y asocian al médico como parte de la estructura del poder adulto. En otras ocasiones, se trata de adolescentes que han sido objeto de malos tratos y son incapaces de expresar sus temores o ansiedades. El médico deberá ser capaz de romper la barrera del silencio. Hay frases que pueden ayudar: *“Me imagino que estás muy enojado”, “supongo que te obligaron a venir”* o *“me imagino como te sientes”*. Así como recurrir al tópico *“¿Que hace un chico como tú en un sitio como éste?”*

3.- **El adolescente enojado y agresivo.** Aun los médicos más entrenados pueden sufrir la tentación de involucrarse en forma negativa con los pacientes agresivos y terminan agredidos también. El médico debe recordar que él no es el motivo de la rabia. La mejor manera para resolver esta situación puede consistir en reconocer los propios sentimientos (*“Estás muy molesto”*), identificar la causa de su enojo (tal vez una larga y aburrida espera en la consulta). En cualquier caso habrá que intentar ofrecer ayuda o excusas si la falta es del profesional.

4.- **El adolescente lloroso.** Hay médicos que se pueden sentir incómodo ante las lágrimas del paciente. Pero hay que reconocer que estas lágrimas pueden ser beneficiosas y terapéuticas para el paciente y representan también una oportunidad del médico para estar más cerca del paciente. Será recomendable el apoyo silencioso, ya que la mayoría de los

pacientes logran controlarse en un período corto de tiempo. Me ha resultado muy útil y agradecido tener siempre en el primer cajón de la mesa de mi despacho unos paquetes de pañuelos desechables.

PARA TERMINAR.....

Decididamente, el trato con el adolescente supone una revisión constante de las propias actitudes. Si el ejercicio de la medicina siempre es arte, mucho más cuando el médico debe aproximarse, desde la entrevista clínica, al complejo proceso de crecer y madurar por que pasa el adolescente. El punto final a toda esta reflexión pueden ser las palabras de *Josep M^a Terricabras* (25) que, lejos de aportar una solución matemática a nuestras preocupaciones, son acicate para nuevas reflexiones:

“El médico consciente no es el médico consciente de si mismo o de su conciencia -¿para qué sirve este médico?--; el médico consciente es el médico consciente de la conciencia del paciente. Cuando el médico quiere imponer la suya, se convierte en un dictador moral que o bien es temido o bien es evitado. En cualquier caso se convierte - contrariamente a su intención - en un médico moralmente irrelevante”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gallagher JR. Interviewing adolescents and their parents. *J Curr Adolesc Med* 1979; 1: 15-18
2. Vallbona C. El Pediatra, especialista idóneo para el adolescente. *An Esp Pediatr* 1987; 27 (s27): 87-92
3. Elster AB, Zuznets NJ. Guía de la AMA para actividades preventivas en el adolescente (GAPA). Recomendaciones y fundamentos. Versión Española. Madrid. Ediciones Diaz de Santos SA., 1995
4. Dulanto Gutiérrez E. Perfil del médico que atiende adolescentes. En “Enfoque actual de la adolescencia por el ginecólogo” José M^a Méndez Ribas Ed. Buenos Aires, Editorial Ascune Hnos. 1993.
5. Vukasovic JB. La Consulta con Adolescentes. Educación a Distancia en Salud del Adolescente, módulo 2 (53-67). Buenos Aires, EDISA, 1997
6. Brañas P. Atención del pediatra al adolescente *Pediatr Integral* 1997;2(3):207-216
7. Litt IF. Evaluation of the Adolescent Patient. Hanley and Belfus Inc. Philadelphia (USA)1990
8. Maddaleno M. La evaluación clínica. En Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M, Suárez Ojeda EN (eds): Manual de Medicina de la Adolescencia. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1992.
9. García-Tornel S, Gaspà J. Control de salud en la población adolescente. *Pediatr Integral* 1997;2(3) 285-295
10. Neinstein LS. Salud del Adolescente. JR Prous Editores. Barcelona 1991
11. Eisenstein E, Pagnoncelli de Souza R. (1994) “Situaciones de riesgo para la salud en niños y adolescentes”. FUSA 2000 Editora. Buenos Aires (Argentina)
12. Corman L. El Test PN. Manual primero. Editorial Herder, S.A. Barcelona 1978.
13. AMA Council on Scientific Affairs. Confidential health services for adolescents. *JAMA* 1993;269:1420-1424
14. Resnick MD, Litman TJ, Blum RW. Physician attitudes toward confidentiality of treatment for adolescents: findings from the Upper Midwest Regional Physicians Survey. *J Adolesc Health* 1992; 13:616-62
15. Resnick MD, Blum RW, Heddin D. The apropiateness of health services for adolescents: youths' opinions and attitudes. *J Adolesc Health Care* 1980; 1: 137-141

16. Ford CA, Millstein SG, Halpern-Feisher B et al: Confidentiality and adolescent's disclosure of sensitive information.[abstract] J Adolesc Health 1996;18: 111
17. Surís JC, Parera N, Puig C. Enquesta de salut als adolescents de la ciutat de Barcelona 1993. Barcelona: Unitat d'Adolescents Institut Dexeus, 1994.
18. Girard GA: Aspectos éticos en la atención de adolescentes y jóvenes. An Esp Pediatr 1996, S80, 61-64
19. Codi de Deontologia. Normes d'Ètica Mèdica. Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. 1997
20. Elster AB, Kuznets NJ: AMA Guidelines for adolescent preventive services (GAPS). Recommendations and rationale. Williams and Wilkins. Baltimore (USA), 1994.
21. Dolz MJ. Capacidad de obrar del menor en su esfera personal (en especial, sobre su libertad sexual). En Adolescencia y Salud. Jornada sobre la atención a la sexualidad en el adolescente. Conselleria de Salut. Generalitat Valenciana. Valencia, 1998.
22. Hofmann AD. A rational policy toward consent and confidentiality in adolescent health care. J Adolesc Health Care 1980;1:9-17.
23. Silber TJ. Paternalismo justificado en el cuidado de la salud del adolescente. Casos de anorexia nerviosa y abuso de sustancias. Anales de la Academia de Medicina de Medellín 1991; IV (1-2): 14-19.
24. Pardi F. D'Hipócrates a la bioètica contemporània. Assaig de reflexió ètica sobre la pediatria extra-hospitalària. Pediatr Catalana 1997; 57 S1: 50-55.
25. Terricabras JM. Aspectos éticos de la relación médico-adolescente. 3ª Reunión Anual de la Sección de Medicina de la Adolescencia de la AEP. Ponencias y Comunicaciones. Bitó Producciones. Girona, 1992

TABLA I

REQUISITOS DE PERSONALIDAD

PARA EL MÉDICO QUE ATIENDE ADOLESCENTES

Madurez personal

Tener autoestima (seguridad)

Poseer un claro concepto de autoridad con flexibilidad.

Ser sensible (saber dar y saber recibir afecto)

Tener sólidos valores morales, culturales y espirituales

Que estos valores sean congruentes con los de su generación

Adecuada comprensión de la sexualidad humana, libre de prejuicios y de doble moral

Capacidad de comunicación sincera y fluida con los jóvenes

Conocimiento adecuado de la problemática social del presente

TABLA 2

GUIA DE ENTREVISTA PARA FACTORES Y CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES

1. ¿Como te va la vida?
2. ¿Cómo te van los estudios? ¿O el trabajo?
3. ¡La vida es muy cara! ¿Cómo andas de dinero? ¿Cómo lo obtienes? Y, ¿cómo lo gastas?
4. ¿Qué opinas sobre el tabaco?
5. ¿Fumas?
6. ¿Mucho o poco? (este concepto siempre es muy relativo para el adolescente)
7. (Dependiendo de la respuesta anterior) ¿Cuánto te dura un paquete de tabaco?
8. En el grupo donde te mueves, ¿cómo está el tema del “ful”?
9. Y tu, ¿qué opinas?
10. ¿”Ful” o “maria”?
11. ¿Consumes ful cuando estás solo o cuando estás con otros? ¿O solamente cuando sales de marcha?
12. ¿Qué cantidad fumais? Y, ¿cómo lo preparáis?
13. ¿Y los “chupitos”?
14. ¿Consumís alcohol los fines de semana o también entre semana?
15. ¿Qué piensas del alcohol?
16. ¿En que supones que te puede beneficiar?
17. ¿Vas a discotecas o a saleas de baile? ¿Qué sueles consumir? ¿Y pastillas?
18. ¿Crees que existe alguna relación entre las pastillas y los distintos tipos de música?
19. ¿Qué tipos de pastillas has probado?
20. ¿Qué opinas de la farlopa (cocaína)?
21. ¿La has probado? (en caso afirmativo, preguntar más detalles)
22. Y aun no hemos hablado sobre los tripis (LSD). ¿Los has probado?
23. Cuando sales de marcha, ¿a que hora te dejan volver a casa? Y, ¿a que hora regresas?
24. Y si no es mucho preguntar, ¿cómo regresas?. Y ¿en que estado regresas?

25. ¿Has viajado alguna vez en un vehículo cuyo conductor hubiera consumido alcohol u otro tipo de tóxico?
26. Y ¿qué pasó?
27. ¿Tienes pareja?
28. ¿Hace tiempo?
29. ¿Qué edad tiene? ¿Estudia o trabaja?
30. ¿Cómo os va?
31. ¿Habláis de todo? ¿También de sexualidad?
32. Y, ¿qué opináis? Sobre las relaciones sexuales, por ejemplo.
33. ¿Qué entiendes por relaciones sexuales? O, ¿qué se suele entender?
34. ¿Qué tipo de relaciones sexuales crees que suponen un riesgo?
35. ¿Qué opinas sobre el preservativo?
36. ¿Lo utilizas o lo utilizarías?
37. ¿Cómo lo utilizarías?
38. ¿Tienes vehículo a motor?
39. ¿De que tipo?
40. ¿Lo utilizas mucho?... Supongo que te sirve para ligar.
41. ¿Quién te lo financió?
42. Y, ¿quién paga la gasolina?
43. ¿Utilizas el casco cuando vas en moto? ¿De que tipo?
44. ¿Te gusta correr?
45. Si vas en coche, ¿utilizas el cinturón de seguridad?
46. ¿Qué opinas sobre los controles de alcoholemia en carretera?
47. ¿Quién conduce cuando habéis tomado alcohol?
48. ¿Has presenciado algún accidente? ¿Te has visto implicado?
49. ¿Qué acostumbráis a hacer durante los fines de semana?
50. ¿Quién suele decidir en el grupo?
51.

TABLA 3

CUESTIONARIO DE SALUD

A fin de atender mejor tu salud, te propongo contestar este sencillo cuestionario. Tus respuestas son confidenciales. Para ello es importante que contestes con absoluta sinceridad.

SOBRE MI VIDA	Si	No
1.- Me siento a gusto conmigo mismo/a	()	()
2.- Creo que, en general, los demás tienen buena opinión de mi	()	()
3.- Me veo demasiado delgado/a o gordo/a	()	()
4.- Me veo demasiado bajo/a o alto/a	()	()
5.- Con cierta frecuencia me siento cansado/a	()	()
6.- Tiendo a estar triste o deprimido/a	()	()
7.- Tengo problemas en la escuela o en el trabajo	()	()
8.- Tengo claro lo que voy a hacer más adelante	()	()
9.- Me gustaría cambiar las relaciones con mis padres	()	()
10.- Se compartir mis sentimientos con los demás	()	()
11.- Considero que los valores espirituales son importantes	()	()
12.- Tengo algunos interrogantes sobre la sexualidad	()	()
13.- Conozco bien las enfermedades de transmisión sexual	()	()
SOBRE MIS HÁBITOS		
14.- Practico habitualmente algún deporte	()	()
15.- Tengo un hobby que me satisface	()	()
16.- Sigo un régimen especial de alimentación	()	()
17.- A menudo olvido alguna comida durante el día	()	()
18.- Duermo suficientemente y bien	()	()
19.- Fumo (poco o mucho)	()	()
20.- Consumo bebidas alcohólicas (poco o mucho)	()	()
21.- He consumido algún tipo de droga	()	()
22.- He tenido algún contacto con alguna secta	()	()
MI SALUD FÍSICA		
23.- A menudo me duele la cabeza	()	()

- 24.- A menudo tengo molestias abdominales () ()
- 25.- A menudo siento mareos () ()
- 26.- A menudo me siento cansado/a () ()
- 27.- A menudo siento molestias en la espalda o en los huesos () ()
- 28.- Tengo problemas con la menstruación (muchachas) () ()
- 29.- Conozco el riesgo de enfermedades y accidentes () ()
- 30.- Utilizo medios para prevenir accidentes () ()
- 31.- Un accidente o una enfermedad influyó mucho en mi () ()
- 32.- Sigo un tratamiento médico () ()
- 33.- Necesito tomar medicación () ()
- 34.- Me preocupa mi salud () ()
- 35.- Anota a continuación otros aspectos que te preocupan o que desearías comentar con el médico.