

# Atención al adolescente. ¿Quién?, ¿Cómo?, ¿Dónde?

## L. Rodríguez Molinero

Pediatra. Doctor en Medicina. Acreditado en Medicina de la Adolescencia. Profesor Asociado de Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.

**Fecha de recepción:** 7 de febrero 2016

**Fecha de publicación:** 29 de febrero 2016

Adolescere 2016; IV (1): 17-27

## Resumen

A pesar de ser la gran olvidada de los programas de salud que se practican en los centros de Atención Primaria y Hospitales, con la aparición de la "nueva pediatría" está aumentando el interés por ampliar los campos de trabajo, uno de ellos es la atención a la adolescencia. Fruto de este interés es la demanda de artículos y participaciones en congresos sobre quien, como y donde tratar a los adolescentes. En nuestro sistema de salud nacional con una asistencia excesivamente biomedicalizada cuesta desarrollar los programas sobre adolescencia preconizados por países donde nos llevan algunos años, no muchos, en este campo. Mientras no se admita que la edad pediátrica termina al menos a los 18 años va a ser difícil desarrollar esta asistencia de una forma eficiente. Partimos de diferentes declaraciones nacionales e internacionales donde plantean a las autoridades sanitarias las realidades de salud en los adolescentes y al mismo tiempo ofrecen mecanismos para intervenir. Solo falta que se dediquen recursos y se apliquen. Se empieza por buscar a los profesionales interesados, aprender algunas técnicas y buscar tiempo y espacio para trabajar. Tratar a adolescentes es un trabajo muy gratificante cuando se tiene en cuenta como son, que les gusta, como piensan y sienten.

**Palabras clave:** Adolescencia, Salud pública, Atención Primaria

## Abstract

Despite being the most overlooked assistance within the health programmes followed in primary health care centers and hospitals, the emergence of "new programmes in pediatrics" is increasing the interest to expand certain work fields, such as the attention to adolescence. The result of this interest is the demand for participation and abstract submission to conferences about who, how and where to treat adolescents. Our national healthcare system promotes an excessively biomedicalized medicine, hence the difficulty in developing programmes for adolescence, which have been advocated by countries that are a few years ahead in this field. The development of an efficient assistance will only be possible if the pediatric age includes, at least, up to 18 years of age.

Different national and international statements have been directed to health authorities explaining the realities of adolescence health and providing the mechanisms to intervene. All that is needed is to invest resources and implement measures. The starting point is to identify interested professionals, learn certain techniques and find the time and space to work. Treating adolescents is a very rewarding job when some factors are considered such as: how they are, what they like and how they think and feel.

**Key-words:** Adolescence, Public Health, Primary Health Care

## Introducción

La práctica asistencial tiene algunas lagunas que se apartan de las rutinas de la morbilidad habitual. Por ejemplo, nos interesamos poco sobre el sueño (siendo básico en la salud), en la sexualidad (siendo un componente importante del equilibrio emocional de las personas), en atender adolescentes (etapa crucial en la toma de decisiones sobre la salud) etc.

La atención al adolescente, es una asignatura pendiente de nuestro Sistema Nacional de Salud

La atención al adolescente, es una asignatura pendiente de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS)<sup>1</sup>. Las razones son múltiples, y van desde que no se contempla en los programas de pre y postgrado que estudie y enseñe las características específicas de esta etapa, hasta que el propio SNS, interrumpe la asistencia a los 14 o 15 años, rompiendo el vínculo asistencial, fundamento de la eficiencia clínica. La asistencia del SNS está estructurada por grupos prioritarios como la infancia, el anciano o la mujer gestante y esta es otra de las razones por las cuales no existe un programa de atención integral al adolescente en ninguna de las etapas formativas de las facultades o del sistema MIR. Así las cosas, ser médico de adolescentes en España tiene mucho de voluntarismo. No obstante, hay un sentimiento generalizado de que algo está cambiando. Cada día hay más publicaciones y se solicitan más reuniones técnicas sobre cómo debería organizarse la asistencia a adolescentes. Este artículo es un ejemplo.

En todas las culturas y en todos los países de alta o baja renta tienen problemas similares relacionados con las características propias de la edad: impulsividad, desafíos, transgresiones, deseos de experimentar, bajo sentido del riesgo...

Es casi un axioma que la adolescencia es una edad de riesgo para su salud integral. En nuestro entorno económico-social-y-cultural siempre pensábamos que era el estilo de vida propio de la edad el responsable de esta situación. En el año 2011 una publicación en Lancet nos sorprendió a muchos<sup>2</sup>. Datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud de 50 países de baja, media y alta renta entre los años 1995 y 2004 demostraron que la mortalidad en adolescentes de 15 años era 2 a 3 veces mayor que en menores de 10 años y que estas eran debidas a lesiones, es decir situaciones prevenibles. En todas las culturas y en todos los países de alta o baja renta tienen problemas similares relacionados con las características propias de la edad: impulsividad, desafíos, transgresiones, deseos de experimentar, bajo sentido del riesgo<sup>3</sup>...

Algunos ejemplos podrían ilustrar esta realidad. El escaso rendimiento escolar manifestado en los malos resultados del Informe PISA sobre la situación escolar en España y que desde décadas estamos ocupando los últimos puestos<sup>4</sup>. Los problemas de conducta familiar, escolar y social que llenan espacios en los medios, con más sensacionalismo que ganas de colaborar a su resolución. Los embarazos no deseados y el uso-abuso de la anticoncepción postcoital. El inicio cada vez más precoz en los hábitos nocivos de consumo de tabaco y alcohol. Son otros ejemplos de la falta de educación para la salud y promoción de la salud en la adolescencia<sup>5</sup>.

La mortalidad en España ha disminuido en los últimos 50 años en todas las edades, excepto en la adolescencia y juventud y muchas de esas causas son evitables. Las enfermedades crónicas

más prevalentes en adultos como hipertensión arterial, obesidad, enfermedades cardiovasculares también lo son en la adolescencia. Según la Encuesta Nacional de Salud en España hay un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Muchas causas de estos procesos crónicos tienen su inicio en adolescencia<sup>6,7,8</sup>. La promoción de la salud y la prevención primaria de estas enfermedades harán que en el futuro mejoren los datos de “años de vida ajustados por discapacidad” (AVAD) y “años de vida potencialmente perdidos” (AVPP).

“Por otro lado, se sabe que aproximadamente dos de cada tres muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en los adultos están relacionadas con comportamientos que se inician durante la adolescencia. Por tanto, resulta fundamental realizar acciones preventivas en etapas tempranas que favorezcan una mejor salud de la futura población adulta disminuyendo una carga económica evitable a los sistemas de salud en el futuro. Esta vinculación entre salud y economía, nos permite reconocer a la niñez, adolescencia y juventud como etapas cruciales para intervenir en la salud de las personas.” (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2010).

Repasando las publicaciones de nuestro entorno científico, es difícil escribir algo nuevo, sobre el motivo de este artículo. Lo que falta es pasar al acto, sensibilizar y formar a profesionales, facilitar la asistencia mediante programas en cartera de servicios, y reservar tiempo, espacio y recursos para atender integralmente al adolescente<sup>9,10</sup>.

Entre la doctrina de las sociedades científicas basada en pruebas, consenso y experiencia y las políticas sanitarias hay un largo trecho. De otra forma, entre lo que se escribe y lo que se hace hay mucha diferencia. Algunas referencias y declaraciones institucionales nos dan la razón: la Declaración de Santiago de Compostela (1999) de nuestra Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA) (Tabla I), la Declaración de Lima de la Asociación Latino Americana de Pediatría y la SEMA (ALAPE-SEMA) (Tabla II) o la de la Société Française pour la Santé des Adolescents (SFSA) (Tabla III) entre otras. El común denominador es llamar la atención a las autoridades de lo que supone el bienestar y el buen trato de los adolescentes en años de vida ajustados por discapacidad en términos de salud pública y al mismo tiempo ofrecer lo que somos capaces de hacer por ellos los profesionales.

**De las diversas Declaraciones Internacionales sobre la atención a la adolescencia, el común denominador es llamar la atención a las autoridades de lo que supone el bienestar y el buen trato de los adolescentes**

## ¿Quién debe atender a los adolescentes?

En Europa el límite asistencial del pediatra está en los 18 años. En algunos países están a cargo de los Médicos de Familia, en otros por Pediatras y en otros de forma mixta. El pediatra es el profesional mejor situado por estar acostumbrado a conocer sus cambios. No a todos los pediatras les gusta atender a adolescentes, sobre todo cuando los límites asistenciales han sido tan recortados. Cornellá propone que los profesionales que deseen atender a adolescentes deben responder a las siguientes preguntas:

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?
4. ¿Tengo capacidad para trabajar en un verdadero equipo interdisciplinario, aceptando la responsabilidad de seguir siendo el médico de referencia de mi paciente adolescente?
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?

**Aunque sea una obviedad debe atender a adolescentes el que se crea competente y se encuentre a gusto con ellos**

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 madurez, equilibrio y distancia?

Aunque sea una obviedad debe atender a adolescentes el que se crea competente y se encuentre a gusto con ellos. El Libro Blanco de las Especialidades Pediátricas publicado por la Asociación Española de Pediatría (AEP) en 2011 en el libro de ANEXOS, pág. 189, se publica el Programa para la Formación en Medicina de la Adolescencia para profesionales de la salud, pero se recomienda que se haga extensivo con las adaptaciones correspondientes a enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, abogados y políticos.

La European Confederation of Primary Care Paediatrician (ECPCP) en el año 2015 relata los conocimientos y habilidades de los pediatras que trabajen en el ámbito de la Atención Primaria dedicando una parte importante al conocimiento, comprensión y habilidades en la atención al abuso de sustancias<sup>11</sup>.

Tenemos pues bien desarrollado lo que llamaríamos aptitud del profesional. Pero en Medicina del Adolescente la actitud es algo para lo que los pacientes son extremadamente sensibles y de ello va a depender nuestra eficiencia. Cuando elegimos ser médico y mostramos interés por esta dedicación, de alguna manera intuíamos el placer que supone atender a los muchachos de 10 a 18 años. En alguna ocasión dejé escrito lo que ahora transcribo: *"Ser médico es una actitud en la vida, y un compromiso con la sociedad a través de la profesión. Es difícil definir al médico que decide atender a adolescentes. De la misma manera que hay tantas formas de vivir la adolescencia como adolescentes, los profesionales de la medicina dedicados a la adolescencia ejercemos la profesión de maneras muy diferentes. A todos nos caracteriza el querer ayudar a los pacientes. Esta relación de ayuda tiene una parte técnica y otra humanista. Pocas veces en el ejercicio de la medicina estas dos vertientes están tan ligadas como en el trato con los adolescentes y sus problemas de salud"*.

**En Medicina del Adolescente la actitud es algo para lo que los pacientes son extremadamente sensibles y de ello va a depender nuestra eficiencia**

Siempre en Medicina debemos considerar los principios morales de beneficencia, no maleficencia, justicia y respeto por autonomía, pero tratando a adolescentes con más razón.

Los profesionales debemos comportarnos como adultos y tener resueltos nuestros problemas de la adolescencia y reconocer nuestro papel paternal sustitutorio como consecuencia de la ausencia de una figura parental funcional, aunque este papel es muy criticado, lo cierto es que en algunas circunstancias de familias desestructuradas da buenos resultados<sup>12</sup>.

## ¿Cómo se debe atender a los adolescentes?

La relación clínica, también conocida como relación médico-paciente, cambia con los cambios sociológicos (diferentes tipos de familias...), las culturas, las modas, los niveles sociales, los ámbitos de trabajo (medicina pública, privada, hospital o atención primaria)... la Society for Adolescent Medicine recomienda que siempre se tenga en cuenta los siguientes valores: disponibilidad, visibilidad, calidad, confidencialidad, satisfacción, flexibilidad y coordinación<sup>13</sup>. En otras palabras, se trata de favorecer el encuentro, evitar la presencia de los padres en algún momento especial, darles responsabilidad para su curación y explicar la situación que padecen.

Los adolescentes son pacientes muy incómodos por sus características personales. Por eso, los que deciden atenderles deben conocerlo para que así no se sientan sorprendidos. Como en todas actividades humanas se exige unas motivaciones tanto externas (prestigio, reconocimiento

social,...) como internas (satisfacción, autorrealización,...). En esta especialidad las motivaciones internas van a ser muy determinantes<sup>14</sup>.

La filosofía positiva es un valor de muchos médicos que atienden a adolescentes. Algunas actividades en medicina de la adolescencia tienen que ver con el voluntarismo y la postura ética más que con las exigencias formales del Sistema Nacional de Salud. Las consecuencias de esta actitud son el sentirse bien, el buen humor y la alegría. Esto potencia y facilita más voluntarismo, neutralizando las emociones negativas de ansiedad o miedos. Nuestra vida así subirá puestos en la escala de Maslow.

En ocasiones podemos pensar que los adolescentes no necesitan nada, que van sobrados de todo y que es nuestro paternalismo lo que nos induce a actuar de esa manera. Pues bien, esto no es así y la experiencia indica que en un 20% necesitan ayuda, orientación, estímulo y adaptación a una familia, un sistema y una sociedad compleja no siempre justa y cada vez más sofisticada y exigente<sup>15</sup>.

En el trato asistencial debemos identificarnos como profesional, cual es nuestra dedicación. Explorar como le gusta al adolescente que le llamen, es una buena forma de empezar, observar impresiones más relevantes y ser lo más cálido posible de forma que facilite la entrevista.

Silber describe tres modelos de asistencia a adolescentes<sup>16</sup>:

Activo-pasivo. El médico “actúa” sobre el paciente y este no es capaz de responder. Igual que los padres ente el recién nacido.

Guía-cooperación. El médico recomienda un tratamiento y el paciente obedece. Es lo que pasa entre al padre y el niño escolar.

Participación mutua. El profesional orienta al paciente, para que este se ayude a sí mismo. En la vida normal es la relación adulto-adulto.

Hay tantos tipos de adolescentes como adolescentes hay y en cada caso nos exige habilidades distintas. Los hay habladores, callados, emotivos, opositoristas, agresivos, displicentes, indiferentes etc., pero siempre abiertos a facilitar el diálogo, sin juzgar, con la máxima empatía posible, pensando en la posibilidad de otras entrevistas donde nos encontremos un adolescente distinto.

La neutralidad es una característica básica que nos ayuda a no tener prejuicios ni planteamientos morales distorsionantes. La asistencia convencional se hace a horas en que los adolescentes suelen estar en los colegios o institutos y nuestras consultas suelen estar muy concurridas por esto habrá que buscar tiempos largos y disponibilidad a horas extraescolares.

La vida del médico también se desarrolla entre el tiempo-espacio y esto hay que considerarlo sobre todo cuando hablamos de tiempos largos. Entre la exigencia y nuestra limitación, no tenemos resuelto el conflicto. No es fácil.

El respeto a la autonomía del adolescente es un principio elemental en la relación con él. Darle información y capacitación para que desarrolle la responsabilidad de sus decisiones.

La confianza, genera confidencialidad y esta exige mantener la discreción y el secreto de lo que conocemos sin la cual no habrá eficiencia clínica. El secreto médico es un derecho de los pacientes y está contemplado en las leyes. Su vulneración puede ocasionar problemas con la Justicia.

**En esta especialidad las motivaciones internas van a ser muy determinantes**

**Hay tantos tipos de adolescentes como adolescentes hay y en cada caso nos exige habilidades distintas**

**La confianza, genera confidencialidad y esta exige mantener la discreción y el secreto de lo que conocemos sin la cual no habrá eficiencia clínica**

## Tema de revisión

Atención al adolescente. ¿Quién?, ¿Cómo?, ¿Dónde?

**En la HC se descubren los problemas y las necesidades de salud de los pacientes, y se ponen a prueba los conocimientos y las habilidades clínicas, éticas y jurídicas del médico**

El método que usamos en el trabajo es la Historia Clínica (HC). A través de ella establecemos una relación humana-profesional tan profunda como cada uno quiera. En la HC se descubren los problemas y las necesidades de salud de los pacientes, y se ponen a prueba los conocimientos y las habilidades clínicas, éticas y jurídicas del médico. La propia entrevista genera efectos curativos al crearse un vínculo afectivo y emocional que genera sentimientos reconfortantes, estimulantes y positivos<sup>10</sup>.

## ¿Dónde se debe atender a los adolescentes?

Actualmente a los adolescentes les atendemos en el SNS (nuestro gran patrón) y el espacio es el mismo que se usa para el resto de la población sea el nivel asistencial que sea, atención primaria, hospital o especialidades. Casi siempre junto a otras edades, niños, adultos, incluso ancianos.

**Es más importante el tiempo y la persona que el espacio donde se produce el encuentro médico-adolescente**

No se entiende fácilmente como a partir de 14-15 años los pacientes pasan a otros ámbitos asistenciales. Esta norma impide la asistencia integral al adolescente. No tiene fácil solución y será así por muchos años en detrimento de la calidad asistencial y eficiencia clínica. Somos corredores de fondo y mientras no cambien las cosas seguiremos reclamando una atención integral e inteligente a estos muchachos. Sin embargo, el adolescente entiende cómo es el espacio donde el acude a consulta, lo que le cuesta más entender es el poco tiempo que se le presta. Es más importante el tiempo y la persona que el espacio donde se produce el encuentro médico-adolescente<sup>17</sup>.

## Tablas y Figuras

### Tabla 1. Declaración de Santiago de Compostela. 1999

[http://www.adolescenciasema.org/ficheros/boletin\\_adolescere/hemeroteca/boletin\\_19.pdf](http://www.adolescenciasema.org/ficheros/boletin_adolescere/hemeroteca/boletin_19.pdf)

1. Aceptar como edad de la adolescencia la segunda edad de la vida 10-19 años según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Debe hacerse de forma flexible pues hay evidencia de comienzo puberal antes de esa edad y problemas que no se resuelven antes de los 20 años.
2. Se recomienda la utilización de una historia clínica unificada basada en el sistema informático del adolescente (SIA-OPS), incluyendo aspectos actualizados. Esto debe permitir un mejor enfoque biopsicosocial con fines asistenciales, de docencia e investigación.
3. Se considera prioritario que en la curricular del pregrado médico, la asignatura de Pediatría incluya la salud integral del adolescente con un enfoque a la prevención y a la promoción de la salud y su correspondiente evaluación.
4. Se recomienda el enfoque en otras asignaturas de pregrado de estudios sobre adolescencia.
5. En los estudios de especialización de postgrado de Pediatría debe dedicarse un periodo importante del mismo a la adolescencia, tanto en el área hospitalaria como extra hospitalaria.
6. Se considera importante que en la especialización de otras áreas de la medicina, o de otras profesiones no médicas, que tengan relación con el adolescente se incluyan enseñanzas específicas sobre la misma...
7. El pediatra debe ser, por su formación y vinculación al niño y la familia desde el periodo prenatal hasta finalizar el crecimiento y desarrollo, el profesional idóneo para coordinar el equipo de salud que asiste al adolescente...
8. Debe establecerse una certificación oficial de reconocimiento de capacitación en Medicina del adolescente...
9. Se considera imprescindible la educación continuada en el área de la salud del adolescente.
10. Se considera prioritaria la asignación de más recursos humanos y de infraestructuras en la pediatría hospitalaria y extra hospitalaria para la atención al adolescente...

## Tabla 2. Declaración de Lima. Alape – Sema. 2010

1. Apoya las iniciativas de los gobiernos que han promovido y creado Programas Nacionales de Adolescencia. Insta asimismo a hacerlo a quienes no los hayan efectivizado a la vez que solicita una particular atención a aquellos gobiernos que no les estén asignando los recursos y el apoyo que los mismos merecen.
2. Observa con preocupación la persistencia, en países de la Región, de una legislación obsoleta que atenta directamente contra la implementación de diversos Derechos en los y las adolescentes, particularmente en lo referido a la confidencialidad y a la Salud Sexual y Reproductiva.
3. Observa progresos en el reconocimiento de la población adolescente con necesidades específicas para el periodo de desarrollo y crecimiento, sin embargo es necesario que se evidencien en la presencia de Programas, Planes, y Políticas en la mayoría de los países de la región con diferentes niveles de desarrollo, evaluación y seguimiento.
4. Apoya la realización de nuevas investigaciones que generen evidencias científicas y sociales que den sustento a programas y proyectos.
5. Apoya la utilización de la tecnología de información y comunicación en el trabajo con adolescentes y jóvenes.
6. Preocupa la falta de continuidad en Políticas y Programas en la mayoría de los países, lo cual implica no haya un desarrollo sostenible y progresivo de los mismos.
7. Exhorta a fortalecer y renovar el compromiso de los decisores, líderes políticos, representantes de la sociedad civil, formadores de opinión pública, autoridades académicas, con el desarrollo de adolescentes y jóvenes garantizando políticas de estado traducidas en acciones priorizando educación, salud, empleo digno y el ejercicio pleno de su ciudadanía y generadas con participación juvenil y con un plan de monitoreo y evaluación.
8. Exhorta a promover la incorporación del tema Desarrollo y Salud de Adolescencia y Juventud en el currículo de pre y post grado de las profesiones relacionadas con la atención integral de este grupo poblacional para asegurar personal capacitado.
9. Exhorta a incorporar el enfoque de juventud en todas las políticas públicas generadas en los diferentes países de la región.

**Firmado por:** *Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, España, México, Perú, Portugal, Uruguay, Venezuela*



## Tabla 3. Manifiesto sobre la salud de los jóvenes. 2011

<http://manifeste-sante-jeunes.blogspot.com.es/p/manifeste-pour-la-sante-des-jeunes.html>

Nosotros, los profesionales que trabajamos en diferentes campos de la salud de los jóvenes, pedimos la puesta en práctica de una verdadera política de salud integral de la juventud a nivel nacional, dotada de medios sostenibles y con amplio compromiso social.

Ofrecemos:

- Fortalecer y desarrollar medidas preventivas para la salud de los jóvenes de todo el país.
- La acogida, la escucha y el acceso general a los servicios de salud para los jóvenes; inscripción gratuita, el acceso a la totalidad del territorio, sin pago adelantado, la confidencialidad, el anonimato si es necesario.
- Qué sean reforzados los servicios en la escuela, la universidad, incluyendo el aumento del número de médicos y enfermeras de las instituciones.
- Que las estructuras de planificación familiar estén equipadas y adaptadas a las necesidades de los adolescentes.
- Establecer el principio de prevención en la consulta de la práctica pública y privada a largo plazo, teniendo en cuenta los principales riesgos en la adolescencia.
- Buscar lugares de ambulatorio y de hospitalización dedicados a psiquiatría y medicina del adolescente, junta o separada, y que promuevan el desarrollo de la investigación.
- Que se fortalezcan las estructuras de interrelación: cuidado de niños, la escucha y la atención especial a los adolescentes y adultos jóvenes, las estructuras sociales, de salud legal, psiquiátrica y, con el objetivo de desarrollar la continuidad en el hogar, orientación y apoyo a los jóvenes, sino también el cambio de la práctica profesional y el examen de las situaciones difíciles.
- Asegurar la formación de profesionales de la salud y trabajo social en el campo de la adolescencia y que se reconozca como especialidad.

## PREGUNTAS TIPO TEST

- 1. ¿Cuál cree que son algunas de las razones por las que no se contempla la adolescencia en los programas de salud?**
  - a) No se estudia en los planes de pre y post grado
  - b) Se interrumpe la edad asistencial a los 14 años
  - c) Hay otros programas prioritarios
  - d) Sólo la a
  - e) Son correctas la a, b y c
  
- 2. ¿Cuál de las afirmaciones sobre la adolescencia mundial son adecuadas?**
  - a) Solamente es un problema en la Sociedad Industrial y de consumo
  - b) Sus dificultades tienen que ver con las sociedades pobres
  - c) No hay diferencias con otros grupos de edad
  - d) Se dan en todas las sociedades de alta, media o baja renta
  - e) Ninguna es cierta
  
- 3. ¿Qué habilidades clínicas crees que se necesita para ser competente en la atención a adolescentes?**
  - a) Tener una correcta y sólida formación clínica en aspectos somáticos (crecimiento y desarrollo) y psicológicos
  - b) Estar dispuesto a reconocer las áreas deficitarias y corregirlas
  - c) Sentirse cómodo y a gusto atendiendo a adolescentes
  - d) Tener capacidad para trabajar en equipos multidisciplinar
  - e) Todas ellas
  
- 4. Desde el punto de vista de la filosofía positiva, cual es un valor de muchos médicos que atienden a adolescentes:**
  - a) Algunas actividades en medicina de la adolescencia tienen que ver con el voluntarismo
  - b) Otras actividades están relacionadas con la postura ética
  - c) Lo más importante es seguir las directrices y exigencias formales del Sistema Nacional de Salud
  - d) Las consecuencias de esta actitud son el sentirse bien, el buen humor y la alegría
  - e) Son ciertas la a, b y d
  
- 5. Respecto al lugar donde consultan los adolescentes:**
  - a) El adolescente entiende cómo es el espacio donde se le atiende
  - b) Tardarán muchos años en que se creen programas específicos que contemplen la "atención integral al adolescente"
  - c) Lo más importante es el tiempo que el adolescente necesita para que se sienta a gusto
  - d) La a, b y c son correctas
  - e) No tienen porque quejarse ya que son una edad privilegiada de la vida

**Respuestas en la página 76**

## Bibliografía

1. Hidalgo Vicario, I. En: Editoriales, Situación de la medicina de la adolescencia en España. *Revista Adolescente* Vol 2 N° 1 enero-febrero 2014.
2. Viner RM, Coffey C, Mathers C, Bloem P, Costello A, Santelli J, et al. 50-year mortality trends in children and young people: a study of 50 low-income, middle-income, and high-income countries. *Lancet*. 2011;377(9772):1162-74. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60106-2 pmid:21450338.
3. WHO (World Health Organization). *Programming for Adolescent Health and Development Report*. 1999: 886-99.
4. Ministerio de Educación, cultura y deporte. Instituto Nacional de Evaluación educativa. 2012. Disponible en: <http://www.mecd.gob.es/inee/estudios/pisa.html>
5. Organización Mundial de la Salud. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. Nota descriptiva n° 435. Mayo 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
6. Salmeron Ruiz M.A., Casas Rivero J. *Pediatr Integral* 2013; XVII (2): 94-100. Disponible en: <http://www.pediatrintegral.es/numeros-antteriores/publicacion-2013-03/problemas-de-salud-en-la-adolescencia/>
7. Casas Rivero J, Redondo Romero A, Jurado Palomo J. Problemática y patología en la adolescencia. En: Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Clemente Pollán J, eds. *Pediatría Extrahospitalaria*. Madrid: Ergon; 2008. p. 791-8.
8. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, recién nacido, niño y del adolescente. [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
9. Castellano G, Hidalgo I. Entrevista clínica del adolescente. En: Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM, Castellano Barca G, eds. *Medicina de la Adolescencia. Atención Integral*. 2ª edición. Madrid: Ergon; 2012. p. 11.
10. Rodríguez Molinero. La entrevista clínica con el adolescente. *Pediatr Integral* 2013; XVII: 128-132.
11. Currículo de formación de pediatría de atención primaria. [https://www.aepap.org/sites/default/files/curriculo\\_europeo\\_traducido.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/curriculo_europeo_traducido.pdf)
12. 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.
13. Pedro Laín Entralgo. *La Relación Médico Enfermo*. Madrid. Alianza Editorial
14. *Psicología de la Motivación*. Diego Jorge González Serra. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2008
15. Domínguez, B. y Valdivia, C.: *La pediatría de atención primaria en el sistema público de salud del siglo XXI*. Informe SESPAS 2012. *Gac. Sanit.* 2012; 26(S):82-87
16. Silber TJ. Perfil del médico que atiende a adolescentes. En: M.I. Hidalgo Vicario, A.M. Redondo Romero y G. Castellano Barca. *Medicina de la Adolescencia. Atención Integral*. 2ª Edición Ed. ERGON. Madrid, 2012.
17. Madrid Soriano J. *Los procesos de la relación de ayuda*. Biblioteca de Psicología; 2005

## Bibliografía recomendada

American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians and American College of Physicians, Transitions Clinical Report Authoring Group. Clinical report supporting the health care transition from adolescence to adulthood in the medical home. *Pediatrics*. 2011; 128(1): 182-200.

Protocolo que explica la planificación y organización de un programa de transición, explicando minuciosamente las peculiaridades de cada una de las etapas.