La entrevista clínica y el examen físico del adolescente

M.I. Hidalgo Vicario

Pediatra. Doctora en Medicina. Acreditada en Medicina de la Adolescencia. Expresidenta de la SEMA. Directora Ejecutiva de Pediatría Integral. Madrid

Resumen

En este artículo se expone cómo realizar la entrevista clínica del adolescente, describiendo todos los factores que van a influir, destacando los relativos al adolescente y al profesional, igualmente la técnica a seguir que abarcará todos los aspectos de la vida del joven, teniendo siempre en cuenta "la agenda oculta". Destaca, en esta época, el cambio en la relación médico-paciente-padres con respecto a la que se tenía durante la infancia y la importancia de la privacidad y confidencialidad. Se comenta la entrevista motivacional, como herramienta que ayuda a los pacientes a cambiar conductas que pueden dañar su salud, y el examen físico, detallando la sistemática a seguir. Los consejos sobre el estilo de vida, medicación u otro tratamiento, se adaptarán al desarrollo madurativo y capacidad del paciente. Tanto la entrevista como la exploración, deben realizarse con: profesionalidad, objetividad, interés, lealtad y afecto.

Abstract

This article explains how to perform the clinical interview of the adolescent, describing all the factors that play a role, highlighting those related to the adolescent and the professional, as well as the technique to follow that will cover all aspects of the young person's life, always keeping in mind "the hidden agenda". During this period of life, the doctor-patient-parent relationship changes with respect to the one that existed during childhood, and the importance of privacy and confidentiality stand out. The motivational interview is explained as a tool that helps patients modify behaviors that can damage their health, and the physical examination detailing the systematics to follow. Advice on lifestyle, medication and other treatments will be adapted to the maturity and capacity of the patient. Both, the interview and the examination must be carried out with professionalism, objectivity, interest, loyalty and fondness.

Palabras clave: Entrevista clínica; Examen físico; Adolescente; Confidencialidad; Privacidad.

Key words: *Clinical interview; Physical examination; Adolescent; Confidentiality; Privacy.*

OBJETIVOS

- Aprender a recoger información para detectar riesgos y problemas de la salud integral del adolescente y, posteriormente, realizar prevención y orientar el tratamiento.
- Conocer los diversos factores que influyen en la entrevista, sobre todo, los relativos al adolescente y al profesional.
- Saber la técnica a seguir en la entrevista y que debe ajustarse a unas normas éticas y legales, para establecer una buena relación terapéutica con el paciente en el presente y en el futuro.
- Comprender el cambio en la relación médico-paciente-padres con respecto a la que se tenía durante la infancia, con la importancia de la privacidad y confidencialidad.
- Entender que la entrevista motivacional es una herramienta terapéutica que ayuda a las personas a reflexionar sobre la necesidad de modificar su conducta y motivarles para el cambio.
- Saber cómo realizar el examen físico del adolescente, dando siempre un aire educacional.

"El hecho de proporcionar al adolescente un lugar específico, no es garantía de su colaboración: lo que realmente cuenta es la manera como el médico habla con él y lo trata"

Dr. J.R. Gallagher Boston Children's Hospital. 1ª Unidad de Medicina de la Adolescencia. 1951

Introducción

Tanto la entrevista como el examen físico, constituyen una parte esencial en la atención al adolescente, ya que va a permitir al profesional: recoger información, detectar riesgos y problemas de salud, realizar prevención y orientar la actuación más adecuada, así como establecer el tipo de relación para el futuro. El adolescente acude poco a la consulta, por ello el profesional debe aprovechar al máximo las visitas del joven.

Para establecer una buena relación, es preciso que el profesional tenga interés, sepa cómo abordar al adolescente y tenga conocimientos sobre las características del desarrollo, de sus conductas, problemas y formas de enfermar. En este periodo se produce un cambio en la relación médico-paciente-padres con respecto a la que se tenía durante la infancia, y ello implica varios aspectos a considerar: privacidad, confidencialidad, establecer una buena interacción, valorar su capacidad, tranquilizar al adolescente preocupado por sus cambios y problemas, además de contar con la familia, sus amigos y la comunidad.

Entrevista clínica

Objetivos de la entrevista

Los objetivos de la entrevista se encuentran interrelacionados entre sí[1,2]:

1. Establecer una buena relación terapéutica con el paciente.
2. Identificar el problema real, tanto físico, psicológico, emocional, sociocultural y judicial. Conocer quién identificó el problema, cuál es el propósito del adolescente al acudir, e indagar sobre el problema que realmente le preocupa. En la atención al adolescente se debe tener siempre en cuenta "la agenda oculta", el paciente puede venir por un dolor abdominal y en realidad temer un embarazo o una posible infección de transmisión sexual.
3. Valorar el desarrollo madurativo del adolescente. Conocer sus capacidades y factores protectores para afrontar y resolver problemas.
4. Evaluar si tiene apoyos en su entorno: padres, amigos, pareja, etc.
5. Prevenir problemas de salud futura, realizando educación para la salud, con un consejo socio-sanitario participativo y utilizando las "guías anticipatorias" (explicar al joven los cambios que va a experimentar antes de que se produzcan y estimular modificaciones en su comportamiento, para variar los factores de riesgo de morbilidad y mortalidad).
6. Tomar decisiones y orientar el tratamiento, según la madurez del adolescente, valorando siempre las más razonables y las preferidas por el joven.

Factores que influyen en la entrevista

Existen numerosas barreras para la atención al adolescente, unas dependen del sistema de salud, de los profesionales y otras de los propios adolescentes (Tabla I). A diferencia del adulto que busca a su médico, en la adolescencia, es el médico el que tiene que captar, atraer al joven y acudir allí donde se encuentre (escuelas, institutos, universidades o furgonetas móviles, entre otras)[1-3].

Además, como se expone a continuación, hay varios factores que van a influir en la comunicación entre el paciente y el médico.

1. **Relativos al adolescente.** Cuando el adolescente acude a la consulta tiene dudas y miedos:
   - Sobre si el médico mantendrá la confidencialidad.
   - Si entenderá sus problemas y le podrá ayudar. Debido al pensamiento mágico, sobrevaloran sus problemas y piensan que difícilmente les podrán ayudar.
   - Si descubrirá sus secretos. Piensan que, por la simple exploración, el médico conocerá que ha estado implicado en conductas de riesgo: drogas, relaciones sexuales, etc.
   - Si podrá acudir a la consulta sin cita. El adolescente, o no acude al médico o, a veces, piensa que, sus problemas son muy graves y no admiten espera.
   - Si podrá acudir con su amigo/a, novio/a. En determinadas cuestiones, la compañía de la pareja o un amigo hace más llevadera la consulta.
2. **Relativos al profesional.** El pediatra está bien capacitado para atender adolescentes, ya que está acostumbrado a tratar individuos en constante crecimiento y desarrollo, a realizar prevención y educación para la salud, tiene amplios conocimientos médicos y la relación que establece con el paciente desde la infancia, que progresivamente va cambiando con la edad. Pero la atención del adolescente pertenece a todos aquellos profesionales que se interesan por él, siendo más importante que la titulación, querer hacerlo –la motivación–[1-4]. En la tabla II, pueden verse los requisitos que, según el Dr. Dulanto, debería tener el médico para atender adolescentes. Algunos autores opinan que quizás, previamente, los médicos deberían realizar una autorreflexión sobre su historia personal:
   - **¿Me gustan los adolescentes?, ¿quiero verlos?** Muchas veces, lo que sucede, es que lo que se des-

Tabla I. Barreras para la atención al adolescente

- **Del sistema de salud.** Burocratización: citarse e identificarse afecta a la confidencialidad. Salas de espera masificadas, falta de protocolos para la atención y falta de coordinación de los recursos y entre los diferentes servicios
- **Del profesional sanitario.** No proporciona adecuada atención por falta de tiempo, de formación, de interés, de capacidad de escucha, de conocimientos (confidencialidad, salud mental, sexualidad...)
- **Del propio adolescente.** No sabe quién es su médico o falta de confianza con él (a veces, asocia pediatra con infancia y médico general con confidente de los padres). Niega e infravalora sus problemas (pensamiento de omnipotencia e inmortalidad, piensa que "a él no le va a pasar") y retrasa la consulta

Fuente: elaboración propia.

Tabla II. Características del médico para atender adolescentes

- Madurez personal
- Autoestima (seguridad)
- Concepto claro de autoridad con flexibilidad
- Ser sensible (saber dar y recibir afecto)
- Sólidos valores morales, culturales y espirituales, y coherentes con su generación
- Comprensión de la sexualidad humana, sin prejuicios y doble moral
- Comunicación sincera y fluida con los jóvenes
- Conocimientos de los problemas sociales del presente

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

conoce se teme y lo que se teme se rechaza de forma inconsciente.

- **¿Es adecuada mi preparación?, ¿estoy dispuesto a adquirir formación?** En ocasiones, el profesional tiene miedo a no hacerlo bien por falta de experiencia, de preparación para dirigir ciertos temas relacionados con la salud reproductiva, la salud mental o las drogas. El médico debe actualizar sus conocimientos en diversas áreas como: endocrinología, ginecología, psiquiatría, psicología, sociología y aspectos ético-legales.
- **¿Me gusta el trabajo en equipo?** Debido a la complejidad de los problemas, la atención al adolescente precisa, una intervención multi e interdisciplinar.
- **¿Cómo soy?, ¿soy autoritario?, ¿seré neutral?** Recordar cómo éramos de jóvenes a los 13, 15, 18 años puede ayudarnos a conectar mejor con los jóvenes. ¿Qué me preocupaba?, ¿cómo era la relación con mi familia?, ¿con mis amigos?, ¿cómo fue mi primera cita?, ¿mi primera experiencia sexual?, ¿mis proyectos de futuro?, etc. Nunca se debe tratar de imponer nuestra autoridad, se debe ser neutral.
- **¿Tengo tiempo?** Las consultas con el adolescente son de mayor duración que las pediátricas y están sometidas a cierta improvisación. Debemos dar facilidades y ser flexibles.
- **¿Podré cumplir las directrices necesarias para ayudar al adolescente?** Con frecuencia, la pérdida de autoridad de los padres y tutores conduce a una falta de normas y límites en la educación, lo que dificulta el cumplimiento de las directrices y desalientan al médico.
- **¿Puedo tener problemas legales?** La entrevista ha de ajustarse a unas normas éticas y legales[5-7]. Determinados temas, como los referentes a anticoncepción y sexualidad, pueden plantear problemas con los padres, y suscitan el temor médico a verse involucrado en procesos judiciales por cuestiones legales. Se deben conocer algunos aspectos relacionados con la edad de atención sanitaria al adolescente:
  - ***≥18 años se considera mayoría de edad*** (Ley 33/1978) y son autónomos para decidir excepto si están incapacitados legalmente.
  - ***16-18 años se considera la mayoría de edad sanitaria*** (Ley 41/2002) y son autónomos para decidir excepto si la intervención/actuación pone en riesgo grave su vida o su salud. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del joven. Se consideran de grave riesgo: ensayos clínicos, reproducción humana asistida e instrucciones previas (denominación que en España ha recibido el testamento vital, documento por el que el paciente, ante la previsión de perder la capacidad de obrar en el futuro, puede disponer por escrito qué tratamientos quiere o no recibir en un contexto del final de la vida, habitualmente, medidas extraordinarias: reanimación, antibioterapia, etc.).
  - ***12-16 años: la autonomía dependerá de si hay madurez del menor*** (Ley 41/2002 y reforma de 2015), se utiliza un criterio mixto (edad y madurez) que es algo confuso. Aquí decide el profesional y siempre se debe informar y escuchar la opinión del adolescente. Se considera *menor maduro* aquel que tiene capacidad intelectual y emocional para comprender la naturaleza y consecuencias de la intervención en salud.
  - ***<12 años: no tienen capacidad,*** han de consentir por él los padres o tutores. El joven tiene derecho a ser escuchado y que su opinión se tenga en cuenta.

3. **Motivo de consulta del paciente/padres/médico.** En general, se quiere aprovechar la escasa visita del adolescente para hacer educación para la salud. Siempre se debe atender primero a lo que el paciente quiere –su motivo de consulta–, aunque esto signifique tener que dar otra cita.
4. **Sexo del médico y del paciente.** Las preferencias del adolescente por un médico de un sexo específico van a depender de las características del paciente y del motivo de consulta (posible embarazo, infección de transmisión sexual o violación). Si prefieren un médico del mismo sexo, se debe proporcionar siempre que sea posible[1,2]. En Atención Primaria, como ya existe confianza con su médico, esto no suele ser un problema.
5. **Desarrollo madurativo del adolescente,** que lógicamente variará según esté en la adolescencia inicial (10-13 años), media (14-17 años) o tardía (18-21 años). No todos los adolescentes, progresan al mismo ritmo. Adolescentes de la misma edad, pueden estar en etapas diferentes de su desarrollo biopsicosocial, y madurez física no es sinónimo de madurez psicosocial[3]. Si el joven se encuentra en la fase de lucha por su independencia de los padres con una estrecha relación con los amigos, puede rechazar a los adultos, tanto a la familia como al médico. También, por tener sentimientos de culpa al haber estado comprometido en conductas de riesgo, creyendo

que el médico los puede descubrir por la simple exploración. Igualmente, debido a su desarrollo, se encuentran extraños con su cuerpo, preocupados por su imagen corporal y su adecuación sexual, de ahí su continua pregunta, ¿soy normal?, por ejemplo: un varón con ginecomastia o un pene pequeño, puede estar muy preocupado, sintiendo que es "menos macho", con baja autoestima y rechazar al profesional.

6. **Montaje y organización de la consulta.** Los adolescentes, en general, prefieren tener su propia sala de espera y no coincidir o ser considerados niños; pero diversos estudios han observado que valoran mucho más la relación establecida con el profesional, que el aspecto de la consulta. Prefieren un médico conocido, accesible, al que puedan confiar sus problemas, aunque tengan que compartir la sala de espera con niños o adultos[1-3].
   En la adolescencia se debe ampliar el tiempo de las visitas. Las primeras consultas pueden durar entre 30-45 min. Si se utiliza cuestionario, se recomienda citarle 15 min antes. Las consultas de seguimiento en unos 15-20 min. Se facilitará el acceso y las horas de consultas, para evitar que pierdan clases. Es de ayuda tener en la sala de espera: revistas, folletos educativos, información de webs sobre temas que les afectan e interesan, como: pubertad, drogas, infecciones de transmisión sexual (ITS), tecnologías, anticonceptivos..., significa que está bien hablar sobre esos temas. También, se puede comunicar con ellos, a través de las redes sociales.
7. **Presencia de acompañantes.** En general, los adolescentes jóvenes prefieren tener a sus padres con ellos, mientras que los mayores prefieren estar solos. El médico deberá establecer siempre, qué parte de la consulta se hará a solas con el joven; si este no quiere, hay que ser flexibles y dejarlo para la próxima ocasión. Se informará a los padres que tendrán la oportunidad de hablar con el médico después de evaluar al paciente. También al amigo/novio, ya que el adolescente es muy vulnerable a la opinión de los amigos[1-3].
   Ante acompañantes intrusivos, se debe quitar la interferencia, por ejemplo, hacia el acompañante: ¿qué supone usted que tiene el chico?, o hacia el paciente: ¿qué opinas de lo que dice tu madre? Se puede también proponer un pacto de intervención –primero vemos lo que el chico opina y luego me cuenta usted–, o explicar que, dado el nuevo entorno, probablemente el chico necesita tener un cambio de impresiones a solas, ¿no le parece? En ocasiones, durante la entrevista, se aprecia que el que tiene el problema es el acompañante, no el adolescente, y se ayudará a buscar ayuda y derivar.

Contenido a recoger en la entrevista

Además del motivo de consulta, debemos abordar todos los aspectos de la vida del adolescente, incluyendo los antecedentes familiares y personales. Aunque cada profesional puede tener su forma personal de entrevistar, se puede recurrir a varios acrónimos para recoger la información:

La Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA) propone: F.A.V.O.R.E.C.E.R. la salud[2]:

- F-amilia: relación con padres, hermanos y grado de satisfacción.
- A-migos: relación con amigos, compañeros y grado de satisfacción.
- V-ida sana: vacunación, alimentación, ejercicio-deporte y sueño.
- O-bjetivos: ilusiones, ocio y tiempo libre.
- R-eligión: espiritualidad y apoyos del entorno.
- E-stima: valoración de su imagen, autoestima, autoconcepto e identidad.
- C-olegio-universidad-trabajo: relaciones con profesores, entorno, rendimiento y satisfacción.
- E-stado mental: ansiedad, tristeza, miedos, conducta y sentimientos.
- R-iesgos: violencia, accidentes, drogas-medicaciones, sexualidad y nuevas tecnologías.

La Academia Americana de Pediatría: propone HEADSSSSS (Hogar, Educación-trabajo, Actividades, Drogas, Sexualidad, *Sadness-depression-suicide*, *Safety*, *Spirituality* y *Strenghts)*.

Técnica de la entrevista

La entrevista consta, en general, de tres partes: el inicio, con la presentación del profesional al adolescente, haciéndole sentir cómodo; la parte central, recopilando y trasmitiendo información; y la parte final tras la exploración, con las conclusiones sobre los problemas que se han detectado, los acuerdos que se han establecido, así como el plan terapéutico y una nueva cita[1,2].

Inicio. Presentación

Tras la presentación, como "médico del adolescente" y de otros profesionales presentes, en la primera entrevista se pueden utilizar tres tipos de acercamiento; sea cual sea el empleado, el adolescente debe de ser la primera fuente de información:

- ***Ante un paciente nuevo y complejo, el médico puede necesitar de entrada obtener información general de la familia*** y se le explicará al joven que necesitamos información de cuando era pequeño. Después hay que ver al adolescente para la historia adicional y realizar el examen físico. El adolescente debe estar presente en la entrevista, desde el momento que habla con el médico hasta el final de la visita, para que no piense que el médico divulga información confidencial a la familia.
- ***Con toda la familia y el joven.*** Esto nos dará información de la dinámica familiar. Se le puede pedir al adolescente que presente a su familia, esto le demuestra que el médico está interesado, sobre todo en él. Después se continuará solo con el joven.
- ***Con el adolescente solo.*** Algunos profesionales prefieren este tipo de visita, ya que piensan que se establece una mejor relación y confianza, sobre todo en adolescentes mayores. Se debe explicar al adolescente que, posteriormente, tras hablar con él, se pedirá información a los padres sobre su pasado.

Se pueden utilizar cuestionarios[1,2] que, en general, favorecen la entrevista, pero nunca deben sustituirla, tienen

ventajas: constituir una actividad para el paciente mientras espera en la sala, proveer información básica para iniciar la entrevista, ayudar a romper el hielo en los pacientes tímidos y, además, le hace ver al adolescente que el médico está interesado en todos sus problemas, aunque no sean físicos. También tienen limitaciones: son impersonales, semejan a los test escolares, tendencia de los padres presentes a influir en las respuestas y algunos jóvenes pueden tener dificultades para entenderlos.

Recopilando información. Interacción, determinando los problemas

Para establecer confianza y poder posteriormente hablar de temas más delicados, el profesional puede empezar, de forma distendida, preguntando sobre los amigos, cuáles son sus aficiones, los deportes que practica, etc. y también con preguntas sobre su salud.

Se abordará el motivo de la consulta y los problemas que realmente le preocupan, que pueden ser diferentes e incluso de los planteados por los padres –agenda oculta–[1-3]. En esta parte de la entrevista es necesario:

- **Asegurar siempre la confidencialidad** al adolescente y a los padres, sea el paciente nuevo o conocido. La entrevista entre el adolescente y su médico no será comentada con los padres sin su permiso, a excepción de que exista peligro para su vida o la de otros, así como el abuso y el maltrato. No se debe temer este compromiso; si el problema es importante, le explicaremos la conveniencia de decírselo a los padres y le ayudaremos, asumiendo el médico el papel de abogado, a lo que generalmente suelen acceder.
- **Observar** el aspecto, la mirada, los gestos, signos de ansiedad, cómo es su conducta..., es lo que se llama comunicación no verbal. Investigar siempre las razones tras una acción, por ejemplo, tras el inicio de relaciones sexuales completas en la adolescencia temprana, valorar si detrás de ello hay: baja autoestima, abuso sexual, depresión, abuso de drogas o problemas familiares.
- **Escuchar prestando atención**. Con interés, respeto y empatía, haciendo de abogado y consejero, nunca de juez. Considerar seriamente sus comentarios, para hacerle sentir que se le está tratando como un adulto y no como un niño o como un caso clínico. Se hará de forma privada, sin interrupciones, ya que distancian la relación; a ser posible frente a frente, sin mesa de separación, que hace de barrera. Tampoco se deben tomar notas, mirar al ordenador u ordenar papeles, ya que dará sensación de poco interés. El hecho de escuchar ya es, en sí mismo, terapéutico.

- **¿Cómo hablar con el adolescente?** Usar un lenguaje sencillo que él entienda y con el que se sienta a gusto. Rehuir términos médicos y jerga juvenil, así como el papel de sustituto del padre. Los jóvenes necesitan que les aconseje alguien maduro con conocimientos y autoridad.
  - Evitar la sensación de interrogatorio. Hacer las preguntas sencillas y naturales, en términos que él pueda entender, se deben usar preguntas abiertas y no cerradas. Ejemplos de preguntas cerradas: ¿tienes novio?, la respuesta será sí/no; en cambio, una pregunta abierta sería: ¿qué cambiarías en la relación con tu novio?, háblame de esto, ¿qué te parece?, ¿por qué?, ¿cómo?, así se facilita la comunicación. Se usarán términos de género neutral hasta que el adolescente haya expresado sus preferencias, por ejemplo, ¿tienes pareja?, ¿cómo se llama?
  - Eludir los silencios prolongados, ya que producen nerviosismo y tensión en el adolescente, además de una valoración negativa hacia el entrevistador.
  - Ser neutral, escuchando y aconsejando sin juzgar. Evitar "darles la charla". Se pueden entender sus conductas y se les apoyará en los momentos bajos, lo cual no quiere decir que las apoyemos. Dejar que expresen sus ideas, darles información, proporcionar alternativas, señalar las incongruencias/discrepancias si las hay, y esperar a que él emita sus propias decisiones y soluciones ¿a ti que te parece?, ¿cómo te sentiste? Ayudarles a mirar sus problemas desde una nueva perspectiva. En general, los adolescentes desean tomar las decisiones correctas que reciban la aprobación de las personas que les rodean.
  - Criticar la actividad, pero nunca al adolescente. Por ejemplo, decirle que el alcohol y las drogas son peligrosos, ya que comprometen su juicio y hacen peligrar su seguridad y su salud. Expresar nuestro interés y preocupación por él.
  - Felicitar por las conductas saludables, como realizar una actividad deportiva regular, no usar drogas o mantener la abstinencia sexual. El adolescente necesita oír que son elecciones inteligentes, normales y saludables, y que muchos otros adolescentes también las practican.
  - Informar al paciente de acuerdo a su estado de desarrollo. No agobiarle con demasiada información. Inculcar responsabilidad y asertividad. Ellos son los responsables de su propio cuidado y salud. Apoyar la autoeficacia: creer en que puede lograr el cambio es muy motivador. Dar esperanzas sin crear falsas expectativas que no podamos cumplir[3].
  - Evitar etiquetar al adolescente con diagnósticos, ya se verá posteriormente.

- **Acciones que nos pueden ser de utilidad:**
  - Preguntar y aclarar afirmaciones o expresiones de sus sentimientos; ya que, a veces, hacen comentarios adicionales, por ejemplo, ¿qué quieres decir con eso?
  - Las "preguntas en espejo" o "técnica del eco" ayudan a reflexionar, por ejemplo: ¿te gusta ir al colegio?, lo odio. El médico responderá: ¿lo odias?, sí, porque mis compañeros se meten conmigo, me hacen de menos...
  - Reafirmar hechos ciertos, aunque embarazosos, por ejemplo: es frecuente que chicos y chicas de tu edad consuman marihuana, ¿tienes opinión sobre este asunto?, ¿la has probado?; algunos chicos

dicen que sin pastillas es difícil divertirse ¿qué opinas tú?
- Hablar de terceras personas y preguntas tranquilizadoras, por ejemplo: la masturbación (jugar con los genitales) en las chicas no es raro ¿te preocupa este tema?
- Hacer resúmenes periódicos. A veces, los jóvenes expresan mal sus sentimientos, por ello es bueno resumir, sintetizando la conversación.
- Para negociar cambios, es preciso comenzar por modificaciones leves, por ejemplo: ¿qué te parece si dejas de beber los días de diario?
- Apoyar a través de respuestas empáticas, por ejemplo: me imagino lo mal que te debes haber sentido cuando te dejó Ana...

- **Posibles actitudes de los adolescentes[1,2]:**
  - *El paciente que llora*. Aunque, a veces, pueda ser incomodo, es bueno mantener el silencio hasta que se calme. Tras la crisis, en muchas ocasiones, el paciente se sentirá aliviado y contará sus problemas. El llanto es útil y terapéutico, y favorece la relación médico-paciente.
  - *El paciente silencioso*. Ha sido obligado a acudir o bien es incapaz de expresar sus temores e inquietudes por haber sido maltratado. A veces, hablar de que imaginamos cómo se sienten, de la escuela, de los deportes..., puede ayudar a romper el silencio.
  - *El paciente hablador*. Algunos hablan mucho en la primera visita y luego se arrepienten. Es bueno frenarles y dejar cosas para otro momento, cuando haya más confianza. Otros hablan sin parar y evitan dialogar de sus problemas, habrá que ver qué está pasando.
  - *El paciente agresivo*. No hay que involucrarse. Recordar que el clínico no es el motivo de la rabia, lo mejor es reconocer el sentimiento, identificar la causa y ofrecer ayuda. Si hay hostilidad, cambiar a un tema indiferente, como deporte o música o pasar a la exploración.
  - *El paciente ansioso, nervioso*. Se deben usar expresiones tranquilizadoras.
  - *El paciente fabulador*. Hacérselo notar y analizar el porqué.

Final de la visita. Resolución

Tras el examen físico, se hará un resumen comentando los hallazgos y el plan a seguir. Se debe responder a todas las preguntas, preocupaciones y dudas del adolescente. Felicitarle por los logros y el esfuerzo realizado, y también a los padres por apoyar y guiar al adolescente. En ocasiones, será preciso: solicitar analítica, interconsultas, comprobar el calendario vacunal, realizar educación para la salud y contar con la familia y el colegio[1-3]. Aunque les derivemos a un especialista, debemos seguir interesándonos por el tratamiento y la evolución.

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

El tratamiento se planteará según las características del joven, en ocasiones, será necesaria la colaboración de la familia. Informar de los recursos comunitarios y ayudarles en la transición al servicio de adultos, sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas[3].

Se establecerá una cita de control, asimismo, hay que dejarles claro que estamos siempre a su disposición para lo que necesiten, tanto en problemas orgánicos como psicosociales.

Entrevista motivacional

La entrevista motivacional (EM) es una forma de intervención terapéutica que ayuda a los pacientes a cambiar conductas que pueden dañar su salud. Consiste en un estilo directivo (baja tolerancia a la ambigüedad y un modo de pensar racional), centrado en el paciente, que facilita la comunicación y ayuda al adolescente a cambiar su conducta-problema, mediante la exploración, reflexión y resolución de su ambivalencia. La motivación para el cambio debe surgir del joven y no ser impuesta desde fuera[8].

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

Los cinco pilares de la EM son:
- ***Expresar empatía:*** escuchar de forma activa y reflexiva, aceptarle como es y no rechazar ni culpabilizar.
- ***Originar discrepancia:*** descubrir que existe discrepancia entre el presente y a lo que el joven aspira, basado en sus valores y expectativas; reconocer la ambivalencia.
- ***Evitar discusiones y "convencer":*** discutir, empuja al adolescente a resistir el cambio, ya que se ve en la posición de defender su conducta y que esta persista.
- ***Acompañar a la resistencia:*** tratar de oponerse a la resistencia del joven es causa perdida; se debe cambiar de orientación y hacer comentarios empáticos.
- ***Apoyar la autoeficacia:*** es fundamental ayudar al joven, estimulando la autoeficacia: creencia de que sí puede iniciar el cambio; esto es una motivación muy importante y el profesional puede ayudarle, buscando información de éxitos previos.

Todos seguimos un ciclo predecible en el cambio de conducta. El modelo transteórico fue descrito hace años por Prochaska y Diclemente[9] y los estadios del cambio son: 1) precontemplación: no está pensando en cambiar, se puede informar para originar conciencia de que el cambio es necesario; 2) contemplación: está pensándolo, se puede apoyar, explorar miedos y enfatizar beneficios referidos por el joven; 3) preparación: se está preparando para el cambio, se puede negociar un plan de acción individualizado, con objetivos realistas; 4) acción: se inicia el cambio, reafirmando el compromiso, se pueden enseñar conductas y proveer material y apoyo; 5) mantenimiento: el cambio persiste; se puede estimular la solución de problemas y apoyo; y 6) recaída: se recae en el comportamiento previo, el profesional puede ayudar en el manejo de la situación, para sobreponerse a la vergüenza y culpa, expresarlo como una oportunidad de aprendizaje y analizar los obstáculos.

La EM ha sido desarrollada específicamente para pasar de un estadio a otro y poner fin a la conducta problema. Antes de iniciar la actuación/tratamiento, es necesario saber en qué fase del cambio se encuentra el adolescente.

- Entrevista breve motivacional **no adecuada:** https://www.youtube.com/watch?v=yvntof-L_54.
- Entrevista breve motivacional **adecuada:** https://www.youtube.com/watch?v=sPTF0pwO0H8.

Exploración física

La exploración física es un momento difícil para el adolescente, por lo que no debe ser frío ni rutinario. Se le debe explicar, previamente, en qué consiste el examen, que no se le va a causar ninguna molestia y se les debe hablar durante el proceso respecto a su normalidad. Si el adolescente no quiere realizarlo y no es esencial, se dejará para otra oportunidad.

Debe realizarse en una sala con un biombo/cortina, para que se quite la ropa y se cubra con una sábana. Respetar la privacidad, mantener la puerta de la sala y el biombo/cortina cerrados, evitar interrupciones que aumentan la ansiedad del joven. Recordad que, a esta edad, la imagen corporal es muy importante.

La presencia de familiares y/o personal auxiliar dependerá de la edad, sexo y circunstancias de cada paciente, y puede decidirlo el propio joven. En algunas situaciones, se aconseja la presencia de un acompañante (profesional de enfermería), si el paciente se halla en el proceso de explorar su orientación sexual y para evitar malentendidos sobre la motivación del examen[1,2].

Para explorar las mamas y los genitales, se recomienda explicar previamente el procedimiento y dar un aire educacional, por ejemplo: "ahora voy a examinar tus mamas/genitales para descartar problemas y ver tu estado de desarrollo; pon atención a como lo hago, para que luego tú seas capaz de realizarlo en el futuro". Nos pueden ser de ayuda, usar las gráficas de desarrollo puberal. También sirve, en el caso de los varones, mostrarles el orquidómetro, explicando que sirve para ver su estadio de desarrollo y, según ello, si va a crecer más o menos.

La Asociación Médica Americana (GAPS) y diversas Sociedades[10-13] recomiendan un examen físico completo tres veces durante la adolescencia: inicial (de 10-13 años), media (de 14-17 años) y tardía (de 18-21 años). También recomiendan un cribado anual para conductas de riesgo y como guía de salud.

Sistemática a seguir en la exploración física[1,2]

Inspección general

En general, al adolescente no se le explora totalmente desnudo a la vista del explorador, sino que se hará por partes, nos ayuda a ello la sábana. Se valorará: aspecto general, sensación de salud-enfermedad, vestidos, higiene, impresión sobre el crecimiento, constitución y estado nutricional; actitud durante la entrevista, valorando la personalidad, la conducta, problemas psicosociales, su colaboración, etc.

Somatometría

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

Signos vitales

Pulso, temperatura y tensión arterial (percentiles).

Piel y mucosas

- Presencia de: acné, exceso de vello, hirsutismo, alopecia, tatuajes, estrías, *rash,* escarificaciones, zonas de punción, fibrosis en nudillos por vómitos autoinducidos, verrugas, etc.
- El acné preocupa mucho a los adolescentes, aunque, a veces, no quieran reconocerlo, originando problemas psicológicos y, además, nos puede servir de "anzuelo" para volverles a ver.
- Aconsejar la disminución de la exposición a radiaciones de luz ultravioleta entre los 6 meses-24 años con piel blanca, para disminuir el riesgo de cáncer de piel[10,12].

Cabeza-facies

Descartar alopecia, seborrea, problemas en los párpados, tabique nasal y rasgos dismórficos (síndrome X-frágil, síndrome de Klinefelter...).

Cuello

- Se palpará el tiroides para descartar la presencia de bocio, valorando el volumen, la consistencia y la presencia de masas quísticas. En la pubertad pueden aparecer tiroiditis y cáncer.
- Explorar el espacio submandibular; la sialoadenitis es más frecuente en la glándula parotídea que en la submandibular; el aumento de la parótida es un signo frecuente en la bulimia antes de la aparición de otros signos producidos por los vómitos.

Adenopatías cervicales, supraclaviculares, axilares e inguinales

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

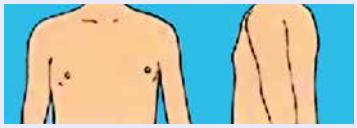
Tórax

- Inspección y palpación: descartar tumefacción de la unión del esternón con la clavícula/costillas, ya que las costocondritis, a estas edades, son causa frecuente de dolor torácico.
- Valorar la función pulmonar: el asma en el adolescente puede tener mayor gravedad que a otras edades, y es más difícil que sigan el control terapéutico, valorar la función con espirometría y educar al paciente en su control.
- Auscultación cardiopulmonar: descartar la presencia de soplos, clics... El síncope vasovagal es frecuente

Desarrollo mamario (Tanner, 1962)

Estadio 1 (S1)
Mamas infantiles. Solo el pezón está ligeramente sobreelevado

Estadio 2 (S2)
Brote mamario. Las areolas y pezones sobresalen como un cono. Esto indica la existencia de tejido glandular subyacente. Aumento del diámetro de la areola



Estadio 3 (S3)
Continuación del crecimiento con elevación de mama y areola en un mismo plano

Estadio 4 (S4)
La areola y el pezón pueden distinguirse como una segunda elevación, por encima del contorno de la mama

Estadio 5 (S5)
Desarrollo mamario total. La areola se encuentra a nivel de la piel, y solo sobresale el pezón (Nota: en ciertos casos, la mujer adulta puede mantenerse en estadio 4)

Desarrollo del vello pubiano (Tanner, 1962)

Estadio 1 (P1)
Ligera vellosidad infantil

Estadio 2 (P2)
Vello escaso, lacio y ligeramente pigmentado, usualmente a lo largo de los labios (dificultad para apreciar en la figura)

Estadio 3 (P3)
Vello rizado, aún escasamente desarrollado, pero oscuro, claramente pigmentado, sobre los labios

Estadio 4 (P4)
Vello pubiano de tipo adulto, pero no con respecto a la distribución (crecimiento del vello hacia los pliegues inguinales, pero no en la cara interna de los muslos)

Estadio 5 (P5)
Desarrollo de la vellosidad adulta con respecto al tipo y cantidad; el vello se extiende en forma de un patrón horizontal, el llamado femenino (el vello crece también en la cara interna de los muslos). En el 10% se extiende fuera del triángulo pubiano (estadio 6)

Figura 1. Estadios puberales en la mujer.

en la adolescencia, siempre hay que estudiarlo bien, ya que podría ser el inicio de un posible problema cardiaco.

- Exploración de las mamas: el desarrollo del tejido mamario debe diferenciarse de la adipomastia (aumento del tejido graso que suele verse en la obesidad).

En mujeres

Valorar el estadio de Tanner de mamas (Fig. 1). Inspección: el inicio de la telarquia frecuentemente se acompaña de aumento de la sensibilidad mamaria, si se observa además un aumento de la pigmentación de las areolas, nos debe hacer sospechar un posible embarazo. Comprobar si hay asimetrías de mamas y tranquilizar, ya que van desapareciendo con el desarrollo. Posteriormente, se realizará una palpación cuidadosa, para descartar galactorrea, masas, generalmente quistes y fibroadenomas, a esta edad es raro el cáncer y se puede enseñar la autoexploración mamaria.

La *Task Force Canadiense*, en 2001, concluyó que no había evidencia suficiente para recomendar o no la autoexploración mamaria rutinaria para descartar cáncer de mama en mujeres por debajo de los 40 años. Grado de recomendación C. La *American Association of Family Physician*, en 2016[11], dio una recomendación D para la autoexploración mamaria en mujeres sanas. Parece prudente que los médicos realicen la exploración mamaria para conocer el estadio puberal, ante un paciente y padres preocupados por el desarrollo y ante un descubrimiento accidental. Se enseñará la autoexploración mamaria si la paciente lo solicita y, también, para que aprenda a conocer su cuerpo cambiante a lo largo de su

vida, dándole siempre un aire educativo y de prevención. En la autoexploración (Fig. 2), se le explicará a la joven, que para la inspección se puede ayudar de un espejo. Posteriormente, realizará una palpación cuidadosa que puede ser, bien tomando una ducha con agua caliente y jabón, ya que la piel estará más resbaladiza; o bien tumbada en la cama. El procedimiento lo puede realizar ocasionalmente, no debe coincidir con la regla ni los días previos a esta (el pecho está más ingurgitado). Se realizará 3-4 días tras acabar la regla.

En varones

Aproximadamente, un tercio desarrollan algún grado de ginecomastia durante la pubertad que, generalmente, es idiopática y, por ello, se debe tranquilizar al joven. Ocurre hasta en el 50-60% de los varones, principalmente en los estadios III y IV de Tanner. Se debe a un desequilibrio entre la acción estimuladora de los estrógenos y la inhibidora de los andrógenos, con un aumento del cociente estrógenos/andrógenos. Puede ser uni o bilateral, menor de 3-4 cm de diámetro y suele desaparecer en 2-3 años[3]. Si es mayor, se deben explorar los testículos y descartar: hipogonadismo, tumor testicular, tumor endocrino o problemas tiroideos. Si el tamaño o la repercusión psicológica sobre el adolescente es importante, se puede considerar el empleo de agentes bloqueadores de los receptores de estrógenos, como el tamoxifeno a dosis de 10-12 mg/día, útil en algunos casos para disminuir el tamaño, si lleva poco tiempo de evolución. Si no mejora, se podría realizar una vez finalizada la pubertad, tratamiento quirúrgico. Si es posible, se debe esperar a que los testes alcancen el volumen adulto para evitar recidivas[3].

Abdomen

Inspección: ante una pigmentación de la línea alba, se sospechará un embarazo. Ante un abdomen protuberante, aumento de algún órgano intraabdominal, teratoma ovárico o embarazo. Palpación: ante un abdomen doloroso, en una chica sexualmente activa, pensar en una enfermedad inflamatoria pélvica, entre otras, que puede ocasionar una clínica insidiosa (febrícula, dolor pélvico, síntomas urinarios...) y graves secuelas. La enfermedad de Crohn puede comenzar en cualquier edad, afecta con más frecuencia a las personas entre 15 y 35 años y la clínica puede ser insidiosa. Un dolor abdominal recurrente, debe hacer sospechar organicidad: úlcera péptica, gastritis, esofagitis o enfermedad inflamatoria intestinal. Un dolor en la parte inferior del abdomen con test de embarazo positivo, se debe derivar al hospital para descartar embarazo ectópico.

Genitales

En mujeres

- Valorar estadio de Tanner del vello púbico (Fig. 1).
- Inspección-palpación de genitales externos y la región inguinal, vulvar (foliculitis, escoriaciones, parásitos, vesículas, fístulas), clítoris (posible hipertrofia) estado del himen, uretra y secreciones anormales.
- El examen de los genitales internos se realizará en adolescentes con: actividad sexual, patología ginecológica, dolor abdominal o disuria inexplicable. Se realiza con espéculos adecuados y se acompaña de la recogida de muestras para citología y bacteriología, así como ecografía. Si el pediatra no se encuentra preparado, aprovechará para investigar sobre los conocimientos sexuales de la joven, aclarar dudas y la derivará al ginecólogo.
- *Bright Futures de la American Academy of Pediatrics* (AAP), en 2017[12], eliminó la realización de exámenes pélvicos anuales para la displasia cervical en adolescentes sexualmente activas antes de los 21 años.

En varones

- Valorar el estadio de Tanner del vello púbico y genitales (pigmentación escrotal, tamaño del pene y volumen testicular) (Fig. 3).
- Inspección-palpación de genitales externos y región inguinal: fimosis, lesiones en glande, frenillo, hidrocele, varicocele, hernias y exudados anormales por la uretra.
- Hablar de los conocimientos sexuales y aclarar dudas.
- Diferentes comités han recomendado enseñar la autoexploración testicular para descartar el cáncer testicular. La *Task Force Americana* (USPSTF), en 2004 y 2011, se pronunció contra el cribado rutinario para descartar cáncer testicular en adolescentes asintomáticos y varones adultos. Grado de recomendación D. No encontró evidencia de que fuera efectivo para disminuir la mortalidad por cáncer testicular, incluso en varones con riesgo (testículo sin descender, atrofia). Cuando el joven presenta clínica, generalmente, son procesos benignos como hidrocele o epididimitis. Dada la baja prevalencia del cáncer testicular, la limitada exactitud del cribado, el pronóstico favorable y la falta de evidencia para aumentar el beneficio, concluyó que los problemas del cribado, excedían cualquier potencial beneficio. Parece que más que un cribado extendido, es más efectivo fomentar una evaluación precoz de los problemas testiculares.

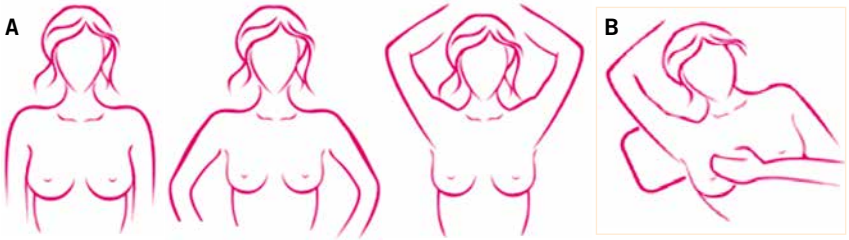


Figura 2. Autoexploración mamaria. **A. Inspección:** delante del espejo con brazos a ambos lados, separados y arriba: buscar diferencias, cambios en la piel, observar formas y contornos, así como en el pezón. **B. Palpación:** tumbada en la cama. Para explorar la mama derecha pondrá su brazo derecho debajo de la cabeza, así se relaja la musculatura y realizará la palpación con los dedos de la mano izquierda (al contrario, para la mama izquierda). La ayudará pensar que su pecho es como la rueda de una bici, y en el sentido de los radios desde fuera hacia dentro, se realiza la palpación por toda la mama. Posteriormente, se realizará la palpación en forma de círculos. Se valorarán los espacios axilares y supraclaviculares, así como una posible secreción por el pezón. *Modificado de la Fundación IMSS. Disponible en: https://twitter.com/fundacionimss/status/1318255299485179904?lang=es.*

Desarrollo genital (Tanner, 1962)

Estadio 1 (G1)
Pene, escroto y testículos infantiles, es decir, de aproximadamente el mismo tamaño y forma que en la infancia

Estadio 2 (G2)
Agrandamiento del escroto y testículos. La piel escrotal se vuelve más roja, delgada y arrugada. El pene no tiene ningún agrandamiento o muy insignificante

Estadio 3 (G3)
Agrandamiento del pene, principalmente en longitud. Continuación del desarrollo testicular y escrotal

Estadio 4 (G4)
Aumento del tamaño del pene, con crecimiento del diámetro y desarrollo del glande. Continuación del agrandamiento de testículos y escroto. Aumento de la pigmentación de la piel escrotal

Estadio 5 (G5)
Genitales de tipo y tamaño adulto

Desarrollo del vello pubiano (Tanner, 1962)

Estadio 1 (P1)
Ligera vellosidad infantil

Estadio 2 (P2)
Vello escaso, lacio y ligeramente pigmentado, usualmente arraigado al pene (dificultad para apreciar en la figura)

Estadio 3 (P3)
Vello rizado, aún escasamente desarrollado, pero oscuro, claramente pigmentado, arraigado al pene

Estadio 4 (P4)
Vello pubiano de tipo adulto, pero no con respecto a la distribución (crecimiento del vello hacia los pliegues inguinales, pero no en la cara interna de los muslos)

Estadio 5 (P5)
Desarrollo de la vellosidad adulta con respecto al tipo y cantidad; el vello se extiende en forma de un patrón horizontal, el llamado femenino (el vello crece también en la cara interna de los muslos). En el 80% de los casos, el crecimiento del vello continúa hacia arriba, a lo largo de la línea alba (estadio 6)

Figura 3. Estadios puberales en el varón.

- Se considera prudente que los médicos realicen la exploración testicular para conocer el estadio puberal, también ante un paciente o padres preocupados, así como ante un hallazgo accidental. Se deben investigar los antecedentes familiares. Se enseñará la autoexploración testicular si el paciente lo solicita, dando siempre un aire educacional y preventivo. Puede verse como realizarlo en: https://www.youtube.com/watch?v=WW1I9Q7fFl8.

Ano y recto

El examen rectal se realizará cuando haya historia de dolor rectal, sangrado, secreción y problemas urinarios. Igualmente, si hay cojera o dolor de rodilla/cadera y no se encuentra nada a esos niveles, ya que las masas retroperitoneales comprimen los nervios sacro ilíacos y pueden dar el dolor referido en esa localización. La exploración del ano será en posición genupectoral, pidiéndole al paciente que haga la maniobra de Valsalva, así se ponen de manifiesto lesiones, hemorroides internas o un prolapso rectal.

En estas edades se debe sospechar de cualquier lesión poco habitual (hemorroides, pólipos...) que no responde al tratamiento. Un 25% de los casos de

enfermedad de Crohn suelen iniciarse con lesiones perianales.

Examen bucodental

- *Inspección de tejidos blandos:* labios, mucosa bucal, encías, paladar, suelo de la boca, faringe y amígdalas. En esta época son muy frecuentes las gingivitis y caries, por sus malos hábitos higiénicos y dietéticos, que originan halitosis y, por otra parte, el joven es muy sensible a las alteraciones estéticas. Se le debe responsabilizar de su propio cuidado.
- *Inspección de los dientes:* valorar la erupción, posición y oclusión dentaria. Índice CAO (caries, ausentes y obturados). Detección de la placa bacteriana, lesiones dentarias como es el caso de las vomitadoras en un trastorno del comportamiento alimentario (erosión del esmalte y dentina por el contenido gástrico que llega a la boca en los vómitos autoinducidos).
- *Bright Futures* (AAP), en 2014[12], recomendó entre los 18 meses a 16 años, considerar la suplementación oral con flúor si el agua de la región es deficiente.

Examen ORL

Se realizará una otoscopia, observando el canal externo y la membrana timpánica. Conviene realizar una rinoscopia anterior, para observar la mucosa nasal, ya que puede haber pólipos, rinitis crónicas de causa médica o por irritantes (cocaína, tabaco...) y, si es posible, una impedanciometría para valorar el funcionamiento tubárico y del oído medio (hipoacusia de transmisión). También se puede solicitar una audiometría según la situación del paciente. *Bright Futures* (AAP), en 2017[12], y la *Task Force Americana* (USPSTF), en 2019[13], recomiendan el cribado universal de la audición en la adolescencia temprana, media y tardía.

Aparato locomotor

Examen de la columna vertebral

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

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

Respecto al cribado rutinario de la escoliosis, la *Task Force Americana* (USPSTF), en 2004, recomendaba no hacer cribado rutinario de escoliosis en adolescentes asintomáticos. Daba un grado de recomendación D. Lo justificaba, ya que una detección temprana, no significaba un tratamiento más temprano, también la escasa sensibilidad del test que resultaba ser muy variable, la falta de seguimiento en muchos de los detectados, el que la mayoría de los casos de escoliosis no progresan, que las escoliosis importantes y que requieren cirugía se detectan sin cribado y, además, que el tratamiento de la escoliosis detectada conducía a molestias e incomodidades, como son: el innecesario uso del corsé y la práctica de ejercicios de fortalecimiento, los controles radiográficos de repetición, las frecuentes visitas al especialista y un aumento del número de consultas, ansiedad y problemas psicológicos diversos. En definitiva, los daños del cribado superaban los beneficios potenciales; pero en 2018, la USPSTF[13,14] concluyó que la evidencia actual era insuficiente y que el balance riesgo-beneficio no podía ser determinado. Por todo ello, se considera prudente que los médicos evalúen una posible escoliosis en el examen rutinario, sobre todo, si existe historia familiar, ante unos padres preocupados o ante un descubrimiento accidental. Igualmente, lo indica *Bright Futures* (AAP)[12].

Examen de las extremidades

- Descartar dismetrías de miembros inferiores con un compás pélvico y midiendo los miembros inferiores (líneas ombligo/maléolo interno y espina iliaca anterosuperior/maléolo interno).
- Valorar la movilidad articular, presencia de dolor, desarrollo, tono y fuerza muscular.
- Observar la marcha de forma normal en línea recta, además de en puntillas y de talones.
- Observar si hay genu varo/valgo, enfermedad de Osgood- Schlatter. Ante un dolor de rodillas, explorar las caderas (epifisitis de cabeza femoral, enfermedad de Perthes, osteoma osteoide).
- Explorar los pies con el podoscopio.
- Ante un dolor musculoesquelético intenso en cualquier zona y, aunque la exploración en un principio sea negativa, hay que seguir vigilando, ya que puede ser el inicio de una leucosis. Los "dolores de crecimiento" son siempre un diagnóstico de exclusión.

Sistema nervioso

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

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

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

Es importante evaluar también los aspectos psicosociales y conductuales del joven y realizar un cribado de la depresión entre los 12-18 años, como indica la USPSTF en 2016[13], ya que la depresión es un importante factor de riesgo de suicidio.

Examen sensorial

- *Visión*. El inicio de la miopía se suele desarrollar durante la infancia tardía y la adolescencia temprana. Uno de cada cinco niños que a los siete años tiene visión normal, desarrollará miopía a los 16 años. Se explorará la agudeza visual (optotipos) y la refracción. Descartar: estrabismo (*Cover test*, reflejo corneal con fuente luminosa a un metro), visión de los colores (atlas de Ishihara). *Bright Future* (AAP), en 2019[12], recomienda realizar el cribado de la visión durante la adolescencia entre los 6-21 años, siguiendo las directrices de otras sociedades.

- *Audición*. Se puede usar el susurro en el examen general. Es aconsejable realizar una audiometría durante la adolescencia con sonidos de varias frecuencias (250-8.000 Hz) e intensidades, empezando en 15 dB. Si los sonidos solo se oyen a 40 dB, se considera que hay una pérdida moderada y, a solo 60 dB, pérdida severa. La exposición prolongada a música alta (>90 dB) y, sobre todo, con auriculares, se sabe que tienen efectos adversos sobre la audición, con sordera que puede ser irreversible y prolongada; es necesario explicárselo a los jóvenes. También tienen riesgo si hay historia familiar o uso de medicaciones ototóxicas. *Bright Future* (AAP), en 2017[12], y la *Task Force Americana* (USTFPS), en 2019[13], recomiendan realizar cribado mediante audiometría, incluyendo frecuencias altas de 6.000-8.000 Hz, una vez en cada etapa de la adolescencia: inicial, media y tardía.

En conclusión, cualquier consulta con el adolescente es una oportunidad para asesorar e intervenir de forma preventiva. El profesional debe estar preparado para aconsejar y ayudar al adolescente a superar situaciones de salud problemáticas. Hablará con el adolescente a solas y asegurará siempre la protección de la privacidad y la confidencialidad. Debe adaptar cualquier consejo sobre el estilo de vida, medicación u otro tratamiento al desarrollo madurativo y la capacidad del paciente. No todos los adolescentes progresan al mismo ritmo. Adolescentes de la misma edad pueden estar en etapas muy diferentes de su desarrollo biopsicosocial. La exploración es la continuación de la entrevista y, en ocasiones, es aquí donde se descubre el verdadero motivo de la consulta. Tanto la entrevista como la exploración física, deben realizarse con profesionalidad, objetividad, interés, lealtad y afecto, de esta forma se superarán las posibles dificultades que puedan aparecer y la labor del profesional puede ser muy gratificante.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de interés en la elaboración del manuscrito.

Bibliografía

1. Hidalgo Vicario MI. Entrevista y examen físico del adolescente. En: Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Clemente Pollán J, eds. Pediatría Extrahospitalaria. Fundamentos clínicos para Atención Primaria. 4ª ed. Madrid: Ergon; 2008. p. 781-90.
2. Hidalgo Vicario MI, Castellano Barca G. Entrevista clínica y examen físico del adolescente En: Hidalgo Vicario MI, Rodríguez Molinero L, Muñoz Calvo MT, editores. Medicina de la adolescencia. Atención Integral. 3ª ed. Madrid: Ergon; 2021. p. 11-22.
3. Güemes-Hidalgo M, Ceñal González-Fierro MJ, Hidalgo Vicario MI. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Pediatr Integral. 2017; XXI: 233-44.
4. Silber TJ. Perfil del médico que atiende a adolescentes. En: Hidalgo Vicario MI, Rodríguez Molinero L, Muñoz Calvo MT. eds. Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. 3ª edición. Madrid: Ergon; 2021.
5. De la Horra Vergara N. La incidencia de la Ley 26/2015 en la Ley 41/2002 sobre capacidad de los menores de edad en el ámbito sanitario. Adolescere. 2016; IV: 35-43.
6. Martínez González C. Mesa de debate. Aspectos éticos en la adolescencia: del menor maduro al adulto autónomo. Adolescere. 2013; II: 22-6.
7. Rodríguez Molinero L, de Montalvo Jääskeläinena F. La atención al adolescente y los aspectos legales. An Pediatr contin. 2014; 12: 152-5.
8. Silber TJ. La entrevista motivacional. I Congreso Nacional de Adolescencia y Juventud. XX Curso de abordajes de la atención integral de adolescentes. Costa Rica. 2017.
9. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol. 1983; 51: 390-5.
10. WHO. Pocket book of Primary health care for children and Adolescents. Guidelines for health promotion, disease prevention and management from the newborn period to adolescence. 2022.
11. American Family Physician. Putting Prevention into Practice (PPIP) (en línea). Consultado el 15 de abril de 2022. Disponible en: https://www.aafp.org/afp/viewRelatedDepartmentsByDepartment.htm?departmentId=6.
12. Bright Futures. Guidelines for Health Supervision (en línea). Consultado el 15 de abril de 2022. Disponible en: https:// www.aap.org/en-us/Documents/periodicity_schedule.pdf y https://brightfutures.aap.org/materials-and-tools/guidelines-and-pocket-guide/Pages/default.aspx, https://brightfutures.aap.org/Bright%20Futures%20Documents/BF4_POCKETGUIDE.pdf.
13. Recommendations of the US Preventive Services Task Force (USPSTF). Guide to Clinical Preventive Services (en línea). Consultado el 15 de abril de 2022. Disponible en: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics/uspstf-a-and-b-recommendations.
14. US Preventive Services Task Force. Screening for adolescent idiopathic scoliosis: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2018; 319: 165-72.

Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".