



Guía de atención al adolescente

*Grupo de Estudio del Adolescente
Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria*



Indice

1. Concepto y etapas de la adolescencia	1
2. ¿Acude el adolescente al médico?	6
3. La familia y el adolescente	9
4. Desarrollo psicosocial del adolescente	12
5. Conceptos éticos en la atención al adolescente	15
6. Habilidades en comunicación	17
7. Prevención y promoción de la salud	25
8. Bibliografía recomendada	30

Autores

Idoia Jiménez Pulido
Francisco Javier Leal Helmling
M^a Luz Martínez Fernández
Rafael Pérez Milena

Coordinador

Alejandro Pérez Milena

© Grupo de Estudio del Adolescente (GreAdol-SAMFYC)
Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

<http://www.samfyc.es>

ISBN 978-84-691-3974-5
Jaén, 2008

1. Concepto y etapas de la adolescencia

Alejandro Pérez Milena

M^a Luz Martínez Fernández

La adolescencia ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como *el período de la vida en el cual el individuo transita desde los patrones psicológicos de la niñez a los del adulto, adquiere la capacidad reproductiva y la independencia de los adultos, fijando los límites entre los 10 y los 19 años*. La adolescencia es un concepto moderno, fue definida como una fase específica en el ciclo de la vida humana a partir de la segunda mitad del siglo XIX estando ligado a los cambios económicos y culturales, al desarrollo industrial y educacional así como al nuevo papel de la mujer en correspondencia con la significación que este grupo tiene para el proceso económico-social.

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. Es una época de aprendizaje y autodescubrimiento en la que se pasa de la dependencia de la infancia a la interdependencia de la adultez mediante una transición dinámica, que discurre de forma gradual y a un ritmo individualizado. Los cambios que experimenta el adolescente suponen crecimiento y maduración, de forma global en todos los aspectos de la vida, y su finalidad es alcanzar:

1. **identidad**: encontrar un sentido coherente a su existencia.
2. **integridad**: adquirir un sentido claro de lo que está bien y lo que está mal.

3. **independencia psicológica**: adquirir la capacidad para tomar las decisiones por sí mismo y para mantener relaciones interpersonales maduras, asumiendo el rol de adulto.
4. **independencia física**: adaptarse a los cambios de su cuerpo, finalizar el crecimiento somático y conseguir una independencia económica.

Se pueden diferenciar distintas **etapas** en este período: es preferible usar un criterio evolutivo para diferenciar estas etapas, ya que el criterio cronológico no tiene en cuenta las grandes variaciones individuales y la influencia de los factores psicosociales.

1. Según la *cronología*: primera adolescencia (10-14 años) y segunda adolescencia (15-19 años)
2. Según el *desarrollo psicosocial*: primera adolescencia (12-14 años), segunda adolescencia (15-17 años) y adolescencia tardía (18-21 años). Ésta última es más lógica dado que se ajusta mejor a los cambios experimentados por el adolescente.

Independientemente de las influencias sociales, culturales y étnicas, la adolescencia se caracteriza por cambios físicos. El **desarrollo físico** es el área más conocida por el profesional sanitario. La pubertad es el periodo de la vida en el que se produce la transición desde la infancia a la vida adulta. En este periodo se producen cambios que afectan a todos los órganos y estructuras corporales, pero lo más llamativo es el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. Al final de la pubertad, el cuerpo alcanza su forma y tamaño definitivos. Los cambios físicos

que ocurren durante la pubertad, van acompañados de una maduración cerebral y de cambios psíquicos que desembocan en la adquisición de la personalidad adulta. El periodo de cambios psicológicos es más prolongado que el de los cambios físicos de la pubertad y se denomina adolescencia. El momento del comienzo de la pubertad es muy variable. Son muchos los factores que influyen en la edad del inicio puberal: la alimentación, la zona geográfica en que se vive, el nivel de vida, el patrón familiar de inicio puberal, etc. Además, igual que ocurre con la estatura, existe una "aceleración secular" del inicio de la pubertad, de modo que en los países occidentales la pubertad se ha adelantado unos 3-4 años respecto al comienzo del siglo. En España se considera normal el inicio de la pubertad entre los ocho y los 14 años en las niñas y entre los nueve y los 15 en los varones. Con la duración de la pubertad ocurre lo mismo que con el momento de arranque: es muy variable. En los casos más rápidos, todos los cambios puberales pueden terminar en sólo dos años, mientras que en otros de evolución lenta, tardan 5 años.

La **pubertad** se pone en marcha por unos cambios en el funcionamiento de un grupo de células del cerebro. Éstas producen unas hormonas que a su vez estimulan el funcionamiento de los ovarios o de los testículos, según cada sexo. Como consecuencia del estímulo, ovarios y testículos aumentan de tamaño y fabrican cantidades cada vez más elevadas de las hormonas responsables del desarrollo de los caracteres sexuales: estrógenos en el caso de las mujeres y testosterona en el de los varones. En la primera adolescencia acontecen casi todos los cambios puberales, con amplias variaciones, que suelen ser medidos mediante los estadios de Tanner (ver anexos). Los primeros signos de pubertad aparecen sobre los 11 años de media, y son el aumento testicular en varones y el inicio del desarrollo mamario o la aparición de vello púbico en

mujeres. La menarquia aparece en un rango de edad de 10 a 15 años. Este desarrollo sexual está caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, la aparición de caracteres sexuales secundarios y el inicio de la capacidad reproductiva.

Los primeros meses de la pubertad pasan desapercibidos. Los cambios en el organismo son escasos hasta que la producción de estrógenos o de testosterona alcanza un nivel relevante. En las mujeres, el primer signo de que la pubertad se pone en marcha suele ser el desarrollo mamario. El inicio del desarrollo mamario se percibe como un endurecimiento por debajo de la areola, que puede ser ligeramente molesto, "el botón mamario". En los meses siguientes este botón va aumentando de tamaño, al tiempo que se producen cambios en el pezón y en la areola.

En los varones, el inicio de la pubertad se confirma por el aumento de tamaño de los testículos, en concreto cuando éstos alcanzan el tamaño de 2 cm en su eje mayor (4 cc). Con los testículos, también aumenta el tamaño del pene y aparece el vello púbico. En los adolescentes de los países mediterráneos es frecuente que la aparición del vello púbico se adelante al comienzo real de la pubertad. En los varones la evolución de la pubertad se puede seguir con facilidad, midiendo el aumento de tamaño de los testículos. Esta medida se realiza comparando los testículos con unos moldes de madera. Antes del inicio de la pubertad el tamaño testicular es inferior a 4 cc, mientras que el tamaño definitivo está entre 20 y 25cc. Con el aumento de tamaño de los testículos aumenta también el tamaño del pene. En un par de años alcanza el tamaño definitivo: alrededor de 13 cm de longitud y 8 de circunferencia. Las bolsas escrotales que contienen los testículos, cambian de aspecto. La piel se hace más rugosa y adquiere color más oscuro. Los testículos fabrican espermatozoides (las células reproductoras masculinas) y un líquido adecuado para que los espermatozoides se

desenvuelvan. Todo este material constituye el semen y se expulsa durante la eyaculación. Las primeras eyaculaciones ocurren durante la noche en los primeros años de la pubertad y son inconscientes. A estas eyaculaciones se las denomina poluciones. El vello púbico aumenta en cantidad. Al principio se distribuye en forma de triángulo (con base superior), similar a la distribución femenina, y hacia el final de la pubertad toma forma de rombo con vértice superior que sube hasta el ombligo. El vello axilar, en los varones suele aparecer dos años después que el vello púbico, y el facial más tarde, primero sobre las comisuras del labio superior, luego por las mejillas y finalmente el mentón.

El cambio más importante se refiere al crecimiento. El año anterior al inicio de la pubertad, los varones crecen una media de 4-6cm al año. Durante la pubertad la velocidad de crecimiento aumenta llamativamente. En el momento de máximo crecimiento, la velocidad puede alcanzar 7-12 cm/año. Sin embargo, al contrario de lo que ocurre en las mujeres, el "estirón" aparece de forma tardía, cuando otros caracteres sexuales son ya evidentes. El crecimiento afecta primero a las extremidades, y después al tronco, de forma que durante un tiempo los chicos jóvenes tienen aspecto de *patilargos*, hasta que consiguen las proporciones definitivas. Durante la pubertad se produce un aumento del peso, que en los varones se debe sobre todo a aumento de la masa muscular, con el consiguiente aumento en la fuerza física. Se producen cambios en la voz. Durante algún tiempo es bitonal (aguda/grave) y al final de la pubertad se fija el tono definitivo, generalmente más grave. No es infrecuente que las mamas aumenten de tamaño en los varones de forma transitoria. Puede ser un aumento unilateral o bilateral, en ocasiones doloroso, y que desaparece en unos meses. A diferencia de los varones, en los que es sencillo apreciar las modificaciones genitales (pene, bolsas escrotales y

testículos), en las mujeres el crecimiento de los ovarios o del útero sólo se puede comprobar utilizando la ecografía. Los ovarios adultos alcanzan los 30 cc. de volumen y el útero alrededor de 8 cm. Más fáciles de apreciar son los cambios en la vulva. Los labios mayores aumentan de tamaño formando en su superficie ligeros pliegues. Los labios menores y el clítoris también aumentan de tamaño. En la mujer, los cambios en la mama y en el vello púbico son más utilizados para controlar la evolución de la pubertad. La mama pasa desde el botón mamario inicial a la mama adulta. En cuanto al vello va aumentando de cantidad adoptando la forma triangular, de base superior, característica del sexo femenino. El vello axilar tiene características similares al de los varones, pero no aparece vello facial. Y también, como en los varones, el cambio más importante se refiere al crecimiento, pero a diferencia de ellos, en las mujeres el "estirón" de crecimiento es un fenómeno precoz dentro de los cambios de la pubertad, de forma que aparece al mismo tiempo que se inician los cambios en las mamas. El pico de máxima velocidad de crecimiento es ligeramente más bajo que en los varones y suele coincidir con la primera menstruación. A partir de aquí la velocidad de crecimiento disminuye, pero todavía continuarán creciendo durante uno o dos años más. Igual que en los varones, en las mujeres el estirón afecta primero a las extremidades, y después al tronco. En cuanto al aumento de peso, en las mujeres se debe en mayor proporción al aumento de grasa, por lo que no consiguen la fuerza muscular característica de los hombres. La voz no cambia de tono o incluso puede tener un tono aún más agudo

El crecimiento corporal marca el ritmo de los cambios físicos y viene dado por aumento de peso, estatura y cambio de las formas y dimensiones corporales. Al momento de mayor velocidad de crecimiento se denomina estirón puberal. El aumento de la masa y de la fuerza muscular es más marcado en el varón, hay

un aumento de la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, maduración de los pulmones y el corazón, dando por resultado un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico. Al incrementarse la velocidad del crecimiento se cambian las formas y dimensiones corporales, esto no ocurre de manera armónica, por lo que es común que se presenten trastornos como son: torpeza motora, incoordinación, fatiga, trastornos del sueño y otros, lo que puede ocasionar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria.

El **desarrollo psicológico** ofrece diversos aspectos marcados por la búsqueda de la consecución de los siguientes objetivos:

- Búsqueda de sí mismos, de su identidad
- Necesidad de independencia
- Tendencia grupal.
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto.
- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual
- Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y fluctuaciones del estado anímico
- Relación conflictiva con los padres
- Actitud social reivindicativa, se hacen más analíticos, formulan hipótesis, corrigen falsos preceptos, consideran alternativas y llegan a conclusiones propias.
- La elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para su desempeño.
- Necesidad de formulación y respuesta para un proyecto de vida .

El **desarrollo cognitivo** es tan rápido como el físico. Se pasa de un pensamiento concreto, en el que hay una capacidad limitada para proyectar y creen que los demás piensan sobre ellos tal y como piensan ellos (la "fábula del yo"), a una etapa intermedia donde adquieren mejores

capacidades cognitivas y aptitudes lingüísticas para, finalmente, desarrollar el pensamiento operativo formal en la adolescencia tardía, comprendiendo ideas y sentimientos de otras personas.

El **desarrollo emocional** suele ser más lento y difícil: el desarrollo moral, como el crecimiento personal, requiere un aprendizaje. En la primera etapa hay una alta impulsividad, con sentimiento intensos y cambios frecuentes de humor; en la etapa intermedia se siente invulnerables y, en cierto modo, omnipotentes, asumiendo a veces conductas nocivas para la salud; en la última etapa adquieren la suficiente experiencia vital para sentirse más vulnerables y considerar las necesidades emocionales de los demás.

El **desarrollo familiar** precisa una redefinición de roles, se alejan progresivamente de la familia y buscan un mayor apoyo de sus amigos. Antes de los 14 años necesitan intimidad y unos límites familiares firmes y congruentes. En la etapa intermedia comprenden que su familia no es perfecta pero continúan pensando en una posible familia ideal por lo que pueden darse el mayor número de confrontaciones padres-hijos. Es el momento de la aparición de transgresiones a las reglas del mundo adulto como autoafirmación de su propia autonomía, el alejamiento familiar y acercamiento a sus iguales, así como un egocentrismo que les hace preocuparse sólo por sus cambios. Posteriormente, en la adolescencia tardía, suele haber una reaceptación de los valores parentales.

El **desarrollo escolar y laboral** está marcado al inicio por el cambio de la educación primaria a la secundaria, con una forma diferente de trabajo y volviendo a ser los más pequeños del centro educativo, experimentan progresivamente más presiones sobre su futuro laboral y sobre el desarrollo de su sexualidad. La entrada en la universidad puede ser un gran

paso para autoafirmarse en su independencia. Los cambios que experimenta un adolescente que trabaja

pueden diferir del adolescente estudiante por las distintas experiencias y ambientes que viven.

Bibliografía

- ❖ Casas JJ, Ceñal MJ. Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral* 2005; 9: 20-24
- ❖ Castellano G, Hidalgo MI, Redondo AM. Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. Madrid, Ergon 2004.
- ❖ Hernández M. Adolescencia. En: Cruz M. Tratado de Pediatría. Madrid, Ergon 2004; p 859-869.
- ❖ Pérez Milena A. Tema 77. Atención al adolescente. En: Temario de oposiciones para médicos de familia de EBAP. SAMFYC, Granada 2007.

NOTAS

2. ¿Acude el adolescente al médico?

Idoia Jiménez Pulido
Alejandro Pérez Milena

En España hay unos seis millones de adolescentes que precisan atención formativa, social y también sanitaria. De ellos, al menos la mitad han acudido al médico en el último semestre y los motivos de consulta suelen ser patología banal y/o problemas derivados del desarrollo fisiológico y la actividad física propia de esta etapa. En general, la atención al adolescente es episódica, breve y en relación a problemas muy concretos, prestándose muy poca atención a las causas psicosociales de morbimortalidad en esta etapa de la vida. Sin embargo, existen problemas de salud de cierta importancia que los jóvenes demandantes no consultan, como los derivados de estilos de vida nocivos para la salud; muchas de estas actitudes tendrán graves consecuencias en la salud adulta.

En la relación con el adolescente no sólo se establece un trabajo técnico sino que abarca una atención comprensiva, trascendiendo más allá del modelo profesional para convertirse en un modelo de ser humano, en un referente objetivo para el adolescente. Al igual que los padres sienten la necesidad de adaptar el comportamiento al crecimiento de sus hijos, el médico debe constatar lo preparado que está el adolescente para su autocuidado y cambiar su forma de trabajo conforme a la evolución del adolescente. La American Academy of Family Physicians ha reconocido que la medicina de la adolescencia precisa unos requisitos educativos singulares para los médicos residentes, y plantea que los médicos de familia se encuentran en una situación idónea para atender a los adolescentes gracias a la perspectiva que se obtiene al cuidar a todos los grupos de edad, con una atención integral y continuada. Para la atención al adolescente se ha propuesto una sistemática en consulta que se resumiría en el acrónimo **FACTORES**:

F-amilia: dinámica familiar, funcionalidad y estructura.

- A-mistades: apoyo social, actividades de ocio, satisfacción.

C-olegio: integración y satisfacción, rendimiento académico

-T-óxicos: contacto, consumo y abuso de alcohol, tabaco y drogas ilegales, ambiente y patrones de consumo.

O-bjetivos: perspectivas de futuro (estudios, trabajo), ideales, ilusiones.

R-iesgos: uso de vehículos a motor, deportes de riesgo, ambientes violentos, conductas sexuales de riesgo, alteraciones en la alimentación, medicación.

E-stima: aceptación personal, autoestima, percepción corporal.

S-exualidad: información, identidad, actividad, precauciones.

Diferentes guías internacionales de práctica clínica de asociaciones médicas (*American Medical Association, American Academy of Pediatrics, Institute for Clinical Systems Improvement, American Academy of Family Physicians*) recomiendan distintos calendarios de atención al adolescente, coincidiendo en la necesidad de un control en cada etapa de la adolescencia (inicial, media y tardía), con los siguientes objetivos:

Realizar un seguimiento del desarrollo físico y psicosocial en cada etapa.

Identificar estilos de hábitos nocivos para la salud del adolescente y coordinar actividades de prevención y promoción de la salud.

- Establecer una comunicación adecuada entre médico(o Unidad de Atención Familiar), adolescente y familia, y proporcionar información completa y entendible.
- Realizar una adecuada inmunización del adolescente ante enfermedades infectocontagiosas propias de esta etapa.

- Valorar la capacidad ética del adolescente en las decisiones que afectan a su salud y estimular la responsabilidad de forma progresiva.

En España, el **Programa de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria** integra a la adolescencia dentro de los grupos poblacionales con factores de riesgo, con un cuerpo de conocimientos y habilidades que se resumen en cinco puntos:

1. Dominar los aspectos de la entrevista clínica necesarios para construir una relación adecuada con el adolescente en consulta.
2. Entender las emociones y cambios psicológicos de los adolescentes, y conocer las dinámicas familiares que se generan.
3. Integrar en la consulta las actividades preventivas prioritarias en la adolescencia.
4. Detectar los factores y problemas de salud asociados a adolescentes de alto riesgo.

5. Diagnosticar precozmente trastornos que pueden precisar seguimiento especializado.

El **Servicio Andaluz de Salud** oferta en su cartera de servicio una especial atención a los problemas de salud de los jóvenes: son un conjunto de actividades preventivas y de promoción de la salud que se enmarcan en el Plan de atención a los problemas de salud de los jóvenes y en el Proyecto Forma Joven, dirigido a adolescentes y jóvenes. Se realizan en centros educativos, y en colaboración con otros sectores institucionales (educativo, instituto de la juventud, instituto de la mujer, etc.). Los objetivos específicos de este proyecto son: favorecer una política de anticoncepción efectiva, promover una conducta igualitaria entre géneros, alertar sobre las consecuencias de las conductas mediadas por el alcohol, así como los efectos del tabaco y otras posibles adicciones, contribuir al descenso de los accidentes de tráfico, detectar y encauzar los trastornos alimentarios.

Los adolescentes que se incluyen en grupos de riesgo deben ser objeto de especial atención (ver tabla 1). La combinación de pobreza, violencia familiar, consumo o tráfico de drogas, y aceptación de la violencia por el grupo social de pertenencia es especialmente negativa. También es necesario valorar cada adolescente dentro de su contexto familia, ya que condiciona la forma de interrelación social del adolescente, integrando la orientación familiar en la atención sanitaria específica para esta etapa de transición.

Tabla 1 Factores de riesgo en la adolescencia

Pobreza
Pertenencia a minorías marginadas
Baja autoestima (incluyendo conflictos con la imagen corporal)
Manifestaciones depresivas
Ideas y tentativas de suicidio
Abandono de las actividades académicas
Analfabetismo
Falta de capacitación laboral
Violencia en el hogar
Conducta antisocial/delictiva
Antecedentes de abusos en la infancia
Consumo de tóxicos (incluido alcohol) por parte de los padres
Consumo de tóxicos (incluido alcohol) por parte del adolescente
Consumo de tabaco
Actividad sexual precoz/embarazo
Hábitos dietéticos inapropiados
Utilización inapropiada de vehículos de motor/accidentes

Bibliografía

- ❖ American Academy of Family Physicians. Recommended curriculum guidelines for family practice residents-adolescents health. Disponible en: <http://www.aafp.org/edu/guide/rep278.html>
- ❖ Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona: semFYC 2005.
- ❖ Dirección General de Asistencia Sanitaria. Oferta de Servicios de Atención Primaria 2007. Servicio Andaluz de Salud.
- ❖ Pérez Milena A, Jiménez I, Leal FJ, Martínez JL, Pérez R, Martínez ML. ¿Acude el adolescente al médico? Estudio sobre frecuentación y factores asociados. Atención Primaria 2001; 28 (supl 1): 118.

NOTAS

3. La familia y el adolescente

Alejandro Pérez Milena

La ONU ha definido a la familia como un *grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos*, siendo el hogar el espacio físico donde habita la familia. Al hilo de este enfoque se puede definir la familia como una forma de organización grupal intermedia entre el individuo y la sociedad, respondiendo a una forma concreta de organización social. Las funciones familiares son variadas, y entre ellas se citan como fundamentales la relación sexual, la reproducción, la educación y la subsistencia.

La **teoría de sistemas** nos ofrece una buena visión sobre el funcionamiento familiar: un sistema sería un conjunto de elementos en interacción dinámica. En el cual el estado de cada uno de ellos está determinado por la posición que ocupa cada uno de los otros. Las relaciones entre la familia, considerada como un sistema abierto, con la sociedad son representadas como entradas (insumos como dinero o roa, condicionantes como normas de convivencia, e información) y salidas (productos como los hijos o el trabajo, desechos como muebles rotos y residuos o basura). Los miembros de la familia son los elementos del sistema que se interrelacionan entre sí, asumiendo cada uno el papel que le corresponde (rol), realiza sus funciones, se comunica, acepta normas y reglas y facilita el contacto con su entorno. Dentro de la familia existen, a su vez, varios subsistemas, siendo el conyugal, el paternal y el fraterno los que tienen especial significación.

La familia mantiene una homeostasia, entendida como la interacción entre sus miembros, que facilita una relación emocional y física, y promueve el

desarrollo individual y familiar, permitiendo los cambios necesarios sin que se afecte la unión y el equilibrio del sistema familiar. La familia actúa como una unidad, de tal manera que el comportamiento de sus miembros refleja las características y modelos del grupo y no los de cada individuo. Por tanto no es válida la relación basada en la causalidad lineal (causa - efecto), sino que debemos hablar de una causalidad circular donde el efecto de un miembro de la familia sobre otro repercute también sobre él mismo y sobre los demás miembros.

Las familias pasan por diferentes **ciclos vitales**:

I Formación: desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo.

IIA Extensión: hasta que el primer hijo tiene 11 años.

IIB Extensión: hasta que nace el último hijo.

III Final de la extensión: hasta que el primer hijo abandona el hogar.

IV Contracción: hasta que el último hijo abandona el hogar.

V Final de la contracción: hasta la muerte del primer conyuge.

VI Disolución: hasta la muerte del último cónyuge.

En la **tercera etapa del ciclo vital familiar** es cuando la familia se enfrenta a los cambios provocados por la adolescencia. La familia como unidad social primaria ocupa un papel fundamental en la comprensión del adolescente, a pesar de que la llegada de hijos a la adolescencia se caracteriza por una crisis transitoria, el apoyo de ésta es fundamental aún en situaciones donde no se compartan los mismos puntos de vista, ya que se debe recordar que este adolescente está sometido a varias tensiones. El adolescente

busca mayor autonomía y una identidad propia, iniciando su socialización mediante el grupo de amigos. En este tránsito, la familia debe adaptar roles y normas para mantener la homeostasis familiar al tiempo que se adapta a los nuevos cambios.

La adolescencia es una etapa de cambios necesaria para que el joven se adapte a sus cambios corporales, adquiera una identidad propia e inicie su proceso de socialización. El buen funcionamiento familiar posibilita la adaptación a estos cambios y se ha relacionado con la estructura de la familia: el tipo de familia nuclear sería la más preparada para afrontar los cambios en cada fase de su ciclo vital, mientras que otros patrones familiares se asociarían con la aparición de diversos problemas durante la adolescencia. Sin embargo, la estructura familiar parece no influir en la percepción que tiene el adolescente sobre el grado de funcionalidad de su familia, así como tampoco en la sensación de apoyo social, en el consumo de tóxicos ni en la presencia de síntomas sugerentes de malestar psíquico. Estos resultados nos obligarían a replantear conceptos tradicionales: por un lado, la familia nuclear no parece ser imprescindible para el establecimiento de unas relaciones familiares positivas y un desarrollo psicológico saludable en el adolescente. Por otro lado, la dinámica familiar estaría matizada por factores demográficos y los recursos existentes más que por la estructura familiar: familias no nucleares pueden presentar ciclos vitales alternativos que le confieran un funcionamiento normal.

La percepción del apoyo familiar en el adolescente se relaciona con el apoyo social. Los amigos son un referente en normas y valores para el adolescente, pero si se siente aceptado y escuchado dentro de su hogar su red social mejora y su proceso de socialización puede completarse más satisfactoriamente. Un apoyo social inadecuado en adolescentes se ha

relacionado con conductas desadaptativas como la violencia.

La función familiar y el apoyo social también se relacionan con el consumo de sustancias tóxicas entre adolescentes: en diferentes estudios existe un incremento significativo del consumo de alcohol y tabaco en adolescentes con disfunciones familiares severas. Por último, aunque la mayoría de los adolescentes refieren buena salud física, la presencia de síntomas sugerentes de malestar psíquico en adolescentes es elevada y existe una asociación entre disfunción familiar con los síntomas depresivos. En la población general, el malestar psíquico disminuye la calidad de vida y tiene una influencia negativa sobre el apoyo social, el contacto con la familia y el afrontamiento de acontecimientos vitales estresantes. Podríamos establecer, por tanto, una relación entre mala función familiar, mal apoyo social, mala percepción sobre la salud y mayor estrés. Otros estudios nos mostraron cómo los adolescentes que consultan con mayor frecuencia al médico presentan más frecuentemente disfunción familiar, malestar psíquico y/o consumo de sustancias tóxicas.

Mientras que en la población general la disfunción familiar oscila entre el 16-35%, casi el 50% de los adolescentes no están contentos con el funcionamiento de su familia. Este hecho no coincide con la creencia de los padres de tener una comunicación satisfactoria con sus hijos adolescentes en más del 90% de las familias. La adolescencia supone un momento de crisis vital pero que puede ser útil para lograr una mayor cohesión familiar. Dada la alta presencia de disfunción familiar entre adolescentes y su relación con otros factores psicosociales, los profesionales del ámbito sanitario y educativo se encuentran en una situación excepcional para ofrecer un asesoramiento individual mediante el consejo participativo e intentar mejorar la

comunicación entre los miembros de la familia para lograr un arrastre experiencial significativo con el que el adolescente se acomode a un entorno saludable.

En suma, se trata de promover un crecimiento sano y equilibrado del

adolescente mediante una intervención multidisciplinar que se basen en el desarrollo de una buen apoyo familiar y social y en la mejora de la comunicación con sus progenitores.

Bibliografía.

- ❖ De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Ed. Doyma 1994; 37-42.
- ❖ García-Campayo J. La familia y el médico de familia: elementos básicos de intervención desde atención primaria. Madrid: Ed Mayo 2004; 27-35.
- ❖ Marcos B. La adolescencia en el contexto familiar. En: De la Revilla L, editor. Manual de Atención Familiar. (II): Bases para la práctica familiar en consulta. Granada: Ed. Adhara 1996, volumen II; 659-94.
- ❖ Salazar D. El adolescente y la familia. Convivencia y comunicación. En: Castellano G, Hidalgo MI, Redondo AM editores. Medicina de la adolescencia. Atención integral. Madrid: Ed. Ergon 2004; 42-49.
- ❖ Pérez Milena A, Pérez R, Martínez ML, Leal FJ, Mesa I, Jiménez I. Family Structure and Function During Adolescence: Relationship With Social Support, Tobacco, Alcohol and Drugs Consumption, and Psychic Discomfort. Aten Primaria 2007; 39:61-65.

NOTAS

4. Desarrollo psicosocial del adolescente

Rafael Pérez Milena

Por adolescencia entendemos la etapa que se extiende desde los 12-13 años hasta aproximadamente el final de la segunda década de la vida. Se trata de una etapa de transición en la que ya no se es niño, pero en la que aún no se tiene el estatus de adulto.

En nuestros días resulta difícil mantener una idea generalizada de la adolescencia como una fase de tormenta y drama como algunos autores, sobre todo de corte psicoanalista, han referido, ya que disponemos de una gran cantidad de datos procedentes de numerosas investigaciones que apuntan claramente al hecho de que para la mayoría de los chicos y chicas la adolescencia no representa un período de graves dificultades y tensiones. Existe un cierto consenso entre los investigadores de la Psicología del Desarrollo en considerar que el porcentaje de adolescentes que experimenta algún tipo de desajuste psicológico no supera el 20% del total, lo que viene a coincidir con el porcentaje de niños que experimentan problemas parecidos durante la infancia.

2. Cambios en la personalidad durante la Adolescencia.

a) Desarrollo del autoconcepto.

Con la llegada de la adolescencia se van a producir una serie de cambios físicos y psíquicos que van a tener una importante repercusión sobre el autoconcepto del sujeto, que experimentará modificaciones que pueden romper el equilibrio alcanzado en la etapa anterior.

También la importancia que adquieren durante estos años las relaciones sociales va a tener su reflejo en los contenidos del autoconcepto, aunque las simples referencias a vínculos personales más propias de la niñez, van a verse reemplazadas, por las descripciones de sentimientos interpersonales.

Otro aspecto derivado de la capacidad del pensamiento formal para

pensar en lo hipotético o posible es que el adolescente empezará a tomar conciencia de la diferencia entre su autoconcepto o yo real, y su yo ideal. Esta disparidad irá aumentando a lo largo de la adolescencia como consecuencia del mayor grado de diferenciación cognitiva, y la madurez psicológica traerá consigo una mayor discrepancia entre la imagen del yo ideal al que aspira el sujeto y la realidad de las faltas y limitaciones que encuentra en su yo real.

b) La autoestima durante los años de la adolescencia.

Durante los años previos a la adolescencia, la autoestima había comenzado a diversificarse y este proceso va a continuar en la adolescencia, entrando además en escena nuevas dimensiones como las relaciones afectivo-sexuales, las capacidades relacionadas con la orientación profesional o el atractivo físico.

A pesar de la importancia que las relaciones con los iguales adquieren de cara a predecir el nivel de autoestima, las relaciones con los padres van a continuar ejerciendo una poderosa influencia. De esta forma una alta cohesión familiar y una percepción positiva por parte de unos padres que muestren hacia sus hijos un alto grado de afecto y un control democrático, favorecerán en ellos una autovaloración positiva.

La popularidad entre los iguales adquiere un significado especial para la mayoría de los chicos y chicas, por lo que la competencia social y el ser valorado y aceptado por los amigos y compañeros será un indicador fiable del nivel global de autoestima. Sin embargo, un énfasis excesivo en el grupo también puede tener consecuencias negativas, ya que al estar tan centrado en conseguir la aprobación del grupo, el adolescente puede mostrar un escaso interés por otros dominios.

En cuanto a los cambios en los niveles de autoestima durante la adolescencia, la mayoría de estudios coinciden en señalar un acusado descenso durante los años iniciales. Tras ese descenso inicial, lo usual es que la autoestima comience a recuperarse según el adolescente vaya encontrándose más seguro en sus nuevos roles.

c) Búsqueda de la identidad personal.

Algunos de los factores que contribuyen al desarrollo de la identidad personal en esta época de cambios, son los siguientes:

- Contexto familiar. Hay que señalar la influencia que el tipo de relaciones familiares y los estilos parentales van a ejercer sobre el logro de la identidad por parte del adolescente. Hoy día existe un consenso generalizado en que chicos y chicas que viven en familias democráticas, que les ofrecen la oportunidad de expresar y desarrollar sus propios puntos de vista y tomar sus decisiones en un entorno de aceptación y apoyo, son quienes tienen más facilidades para alcanzar un sentimiento ajustado de identidad personal.
- Entorno social y cultural. Este representa un factor muy influyente, de forma que determinadas culturas muy tradicionales y con normas y pautas educativas muy rígidas, tienden a promover identidades hipotecadas en la mayoría de los sujetos.
- Influencia del género. Este representa uno de los aspectos más polémicos en relación con la adquisición de la identidad. Mientras que los chicos siguen estando delante en los componentes ideológicos o intrapersonales, en los aspectos interpersonales son las chicas quienes tienden a alcanzar antes el logro de identidad.

d) Desarrollo moral.

Durante la infancia, el niño se había situado en la perspectiva egocéntrica propia del nivel preconventional del desarrollo moral. Aunque algunos adolescentes y jóvenes van a permanecer en este nivel, la mayoría comenzarían antes de la pubertad a mostrar un razonamiento moral algo más avanzado, situándose en lo que Kohlberg denominó el nivel convencional. Ahora los adolescentes y jóvenes van a elaborar sus juicios morales basándose en gran medida en las expectativas del grupo social.

e) Conducta prosocial y actos antisociales.

En relación con la conducta prosocial, la mayoría de los estudios hallan un aumento en sus manifestaciones a lo largo de la adolescencia, aunque no faltan las investigaciones que no detectan variaciones significativas asociadas a la edad. Parece que los que tienden a incrementarse son algunos comportamientos prosociales.

Pero junto a este aumento en los comportamientos de ayuda a los demás, van a darse un incremento significativo de conductas más inadecuadas. La incidencia de los actos más violentos y delictivos experimenta un crecimiento sustancial (Coie y Dodge, 1998). Muchos comportamientos antisociales aparecen durante los años anteriores a la pubertad, manifestándose fundamentalmente en los entornos escolar y familiar; pero con la llegada a la adolescencia estos actos antisociales van a intensificarse, alcanzando la máxima incidencia sobre los 17 años, para, a partir de ese momento, empezar a disminuir, de forma que durante la adultez temprana estos comportamientos habrán desaparecido en la mayor parte de los sujetos.

Bibliografía.

- ❖ Flavell, J. (1978). La psicología de J. Piaget. Barcelona: Paidós.
- ❖ Palacios, J.; Coll, C. y Marchesi, A. (1991). Desarrollo psicológico y educación I. Psicología Evolutiva.

NOTAS

5. CONCEPTOS ÉTICOS EN LA ATENCIÓN AL ADOLESCENTE

*Alejandro Pérez Milena
Francisco Javier Leal Helmling*

La Bioética es una disciplina filosófica derivada de la ética que plantea cómo se debe actuar en el acto médico y el motivo de dicha actuación. La responsabilidad moral de los médicos se fundamenta en cuatro principios organizadores éticos: beneficencia y autonomía (del ámbito privado, donde opina el adolescente y su familia) y no maleficencia y justicia (del ámbito público, donde interviene el médico). Estos principios se establecieron de forma explícita en el informe Belmont en 1978.

Nunca ha resultado fácil dar una respuesta clara y contundente al tema de cuándo comienzan los seres humanos a ser moral y jurídicamente responsables de sus actos. Los jóvenes pueden ser perfectamente capaces de darse cuenta de las situaciones y ser por tanto responsables de sus actos. Esta distinción es muy importante, ya que nos ayudará a no confundir la madurez moral con la capacidad moral, o incluso con la jurídica. El niño de 3 a 8 años presenta una situación de realismo donde identifica reglas morales con leyes físicas, sin relación directa con los valores o la intencionalidad: en este momento, las normas morales son absolutas (heteronomía). Con la preadolescencia se inician cambios graduales que distancian al individuo de las demandas externas en favor de los principios internos (autonomía): entre los 8 y 11 años aparece el principio de justicia (igual trato para todos en igualdad de circunstancias) y se modula entre los 11-12 años los criterios de equidad (de acuerdo con las circunstancias particulares). El desarrollo moral alcanza ya una cierta madurez en torno a los 16-18 años; sin embargo, los estudios de psicología evolutiva de la moralidad demuestran que la mayor parte

de los adolescentes alcanzan su madurez moral bastante antes de esa edad, entre los 13 y los 15 años. Esto ha llevado a elaborar toda una doctrina nueva de los derechos del menor y a establecer en los 12 años la fecha en que un menor puede disfrutar, si goza de madurez, de sus propios derechos humanos.

En esta misma línea, la *Ley Básica reguladora de la autonomía del paciente* y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LO 41/2002) establece la necesidad de tener en cuenta la opinión de los menores entre 12 y 16 años, aunque obliga a solicitar el consentimiento a su representante legal. En el caso de menores con más de 16 años, serán ellos quienes darán el consentimiento, salvo que presenten manifiestos signos de inmadurez psicológica.

Por otro lado, la *doctrina del "menor maduro"*: establece en 12 años la edad en la que un menor puede disfrutar de sus derechos humanos, si posee la madurez necesaria. Por tanto, los derechos de la persona y otros derechos civiles pueden ser ejercitados por el individuo desde el mismo momento en que éste es capaz de disfrutarlos, lo que suele ocurrir antes de los 18 años. Durante la consulta con el adolescente debe existir un momento donde se explique la importancia de integrar a los padres en el proceso de toma de decisiones del adolescente; sin embargo, si el adolescente no desea que los padres intervengan se deberá respetar su voluntad, salvo casos de imperativo legal. Para el adolescente, las conversaciones con su médico pueden ser un paso importante en dirección a su autonomía y el ser reconocido por primera vez como

individuo responsable. No consiste en determinar si el adolescente es maduro o

no, sino en reconocer su crecimiento moral y estimular su autorresponsabilidad.

Bibliografía.

- ❖ Gracia D, Jarabe Y, Martín N, Ríos J. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. Med Clin (Barc) 2001; 117: 179-190.
- ❖ The National Commission for the protection of humans subjects of biomedical and behavioral research. Informe Belmont, 1978.
- ❖ Guías de ética en la práctica clínica: Intimidad, confidencialidad y secreto. Fundación Ciencias de la Salud. Madrid, Ergon 2005.
- ❖ Martín N, Delgado MT, Altisent R. Bioética aplicada en Atención Primaria. En: Biblioteca Básica para el Médico de Atención Primaria. Doyma, Barcelona 1997.

NOTAS

6. HABILIDADES EN COMUNICACIÓN

*Francisco Javier Leal Helmling
Idoia Jiménez Pulido
Alejandro Pérez Milena*

El adolescente tiende a sentirse el centro de las situaciones, no suele preocuparse por el efecto que su forma de actuar tiene en los demás, tiende a generalizar sin diferenciar las características individuales de los demás y, por último, suelen rechazar activamente las figuras investidas de autoridad.

En general los adolescentes opinan que su médico es una fuente de información fiable, lo que supone un punto de partida excelente para iniciar una relación terapéutica apropiada. Sin embargo, cuando un adolescente no recibe la ayuda esperada de un médico, sobre todo en momentos de crisis (como las consultas de urgencias), no suele volver a visitar los servicios sanitarios y mantiene una actitud de desconfianza hacia el sistema sanitario. La entrevista con adolescentes mejora adoptando el modelo de *Comunicación Centrada en el Paciente*, que se basa en los siguientes puntos:

1. Explorar la enfermedad y las vivencias que ocasiona: síntomas, creencias, experiencias previas, expectativas, emociones e Impacto en su función.
2. Comprender al adolescente de forma global (valoración biopsicosocial)
3. Buscar acuerdos con el paciente.

4. Incorporar actividades preventivas y de promoción de la salud: mejorar el nivel de salud, identificar y abordar factores de riesgo
5. Cuidar la relación médico-adolescente: avanzar en la relación, crear intimidad, ofrecer pactos y usar el efecto placebo que la relación tiene en sí.
6. Ser realista: ver el modelo como una aproximación a largo plazo, planificar y organizar los recursos, realizar trabajo en equipo, establecer prioridades, marcar objetivos razonables y alcanzables, y controlar el tiempo y la energía emocional.

Cuando en la consulta a demanda se puede dedicar poco tiempo al adolescente, es útil valorar tan sólo aquellos aspectos del modelo que tengan más importancia, lo que se puede deducir mediante una actitud abierta a las claves del paciente (con especial atención a la comunicación no verbal) e incorporando en la rutina de entrevista algunas preguntas del modelo centrado en el paciente que exploren de forma amplia diferentes aspectos (creencias, expectativas, miedos, hábitos nocivos...).

Esquema general de la entrevista clínica

El objetivo principal de la entrevista clínica es recoger la información suficiente para poder establecer un diagnóstico y elaborar un plan terapéutico adecuado. La entrevista en adolescentes sigue el esquema general de la realizada en adultos, pero con algunas diferencias:

1. Se precisa crear una buena relación para crear confianza y facilitar el acceso del adolescente al sistema sanitario. Deben tenerse en cuenta los aspectos psicosociales, fundamentales en la percepción del adolescente sobre salud y enfermedad.

2. Cada consulta es una oportunidad para detectar precozmente estilos de vida poco saludables y realizar educación para la salud.
3. La fase exploratoria no acaba en la exploración física: tras el contacto y la cercanía física, el adolescente puede sentirse más relajado para comentar otros aspectos de su problema.

A. Parte exploratoria

A.1 Recepción en la consulta

Crear un clima relajado y de confianza con un recibimiento cálido y cercano, manteniendo el contacto visual y mostrando interés por lo que dice y por cómo lo dice. Es conveniente comenzar con una pregunta abierta, dirigiéndose al adolescente como a un adulto.

A.2 Entrevista inicial

Dejar al adolescente que explique su problema, permitiendo hablar sin interrumpir ni emitir juicios de valor. La confidencialidad de la entrevista debe asegurarse de forma explícita. Se debe hacer una *escucha activa* para lo que es útil utilizar *técnicas de apoyo narrativo*, con especial atención a la comunicación no verbal (postura, tono de la voz, microexpresiones faciales...). A continuación se exponen algunos ejemplos:

- Pregunta facilitadora: “es frecuente que los jóvenes beban al salir de marcha, ¿tú lo haces?”
- Pregunta abierta: “eso que dices es importante, cuéntame más”.
- Frases por repetición: “me siento mal por culpa de mis padres” “¿tus padres?”.
- Señalamientos: “te veo preocupado

por tus notas”.

- Clarificación: “a mí no me va el chocolate” “bueno, ¿y qué es el chocolate?”.
- Empatía: “entiendo que te sientas incómodo en la consulta”.
- Sumario: “resumiendo, entiendo que tú quieres volver más tarde a casa y que tus padres no te dejan”.

Se debe situar la demanda en el contexto biográfico del adolescente, valorando su desarrollo personal, las experiencias y creencias familiares que le han sido transmitidas y el componente emocional añadido.

A.3 Exploración física

Es importante comentar al adolescente qué maniobras se van a realizar en la exploración física y pedir su consentimiento, para que no sienta invadida su intimidad. Durante el examen, tanto el contacto físico como la cercanía ofrecen una oportunidad para realizar preguntas sobre aspectos más íntimos, sobre todo en relación a su imagen corporal, ayudando a conocer las auténticas preocupaciones del adolescente (*la demanda oculta*).

B. Parte resolutive.

Se debe transmitir la información completa y adecuada a un lenguaje comprensible con un vocabulario entendible que se aleje de la jerga médica pero que no caiga en expresiones excesivamente coloquiales, explicando la orientación diagnóstica y racionalizando el tratamiento para conseguir una mayor adherencia, dirigiéndose tanto a los padres como al propio adolescente. Es conveniente orientar más que aconsejar, para que tome sus propias decisiones. Se pueden ofrecer diferentes opciones de cambio, siempre comenzando por pequeñas variaciones en el estilo de vida que sean asumibles por el menor. En caso de comportamientos que sean de alto riesgo (por ejemplo, consumo

de drogas) se debe establecer una alianza con el adolescente para que siga confiando en la relación, se buscarán medidas compartidas y/o ayuda a otros niveles sanitarios y se planteará la necesidad de involucrar en este proceso a los padres. La reunión conjunta al final de la entrevista con el adolescente y el progenitor nos permite, entre otras cosas, planificar con ambos las medidas a seguir para resolver el problema que originó la demanda original. Siempre se ha de incluir una invitación al adolescente y a la familia para que vuelvan a consultar si cualquiera de ellos considera que el motivo de consulta no se resuelve o empeora o aparecen otros nuevos (técnica de “abrir el paraguas”).

Actitudes a tener en cuenta durante la entrevista del adolescente:

1. Saludo cordial
2. Escucha activa dejándose impresionar por lo que dice, cómo lo dice, su aspecto y las emociones que nos provoca. Evitar las interrupciones incluso para escribir en nuestro cuaderno de notas.
3. Establecer una buena relación sin miedo al compromiso de confidencialidad dejando, si es preciso, claros, los límites del secreto profesional (riesgo para la vida o riesgo grave para otros)
4. Usar un lenguaje comprensible para el adolescente con el que se encuentre cómodo. Ni la jerga médica ni el argot juvenil de moda
5. Facilitar que se sienta considerado persona y adulto. Evitar que se sienta un niño o, peor, un caso clínico.
6. Tomar en consideración todo comentario que el adolescente nos haga evitando hacer comentarios que impliquen un juicio de valor.
7. El punto de partida será el motivo de consulta pero conviene explorar todos aquellos detalles que nos interesan de la vida del adolescente y a su vez todos los motivos por los que viene
8. Averiguar todos los motivos por los que viene.
9. una vez expuesto preguntar si hemos entendido la demanda
10. Ordenar las demandas que nos pide y lo que no podemos ayudar poner el medio de ayuda.(dejarlo para el final)
11. Evitar a lo largo de la entrevista consultas que nos pueden descentrar el motivo por el que viene. Si aparecen nuevos motivos aparcarlos
12. Evitar proyectar los sentimientos de nuestra propia adolescencia y también asumir un papel parental sustituto
13. Reconocer las incomodidades de abordar ciertos temas y expresar los propios sentimientos, que frecuentemente tienen relación con los del adolescente.
14. Ante los padres actuar de abogado defensor, resaltar las cualidades positivas del adolescente y tener en cuenta que, apoyar al adolescente en un período de

bajón no es lo mismo que apoyar una conducta.
15. Inculcar la responsabilidad del autocuidado

Comunicación no verbal

La comunicación supone el intercambio de información entre un emisor y un receptor. Existen dos componentes en la comunicación: Verbal y No Verbal. Para comprender el mensaje en su globalidad es necesario fijarnos en ambos componentes. En el adolescente, la comunicación no verbal está cobrando una importancia mayor debido a que existe una tendencia a no confiar en las palabras: el adolescente cree o no lo que se dice en función de cómo se dice. De hecho hay autores para los que la comunicación no verbal es la más importante en el proceso comunicativo.

El Rostro

El rostro humano es la principal fuente de información de las personas. Existen más de mil expresiones faciales anatómicamente posibles, pero sólo unas cuantas tienen sentido real e inequívoco. El rostro se divide en tres zonas: 1º la frente y cejas, 2º los ojos y 3º nariz, mejillas, boca y mentón. Existen expresiones faciales, gestos, que son universales. La mirada es tal vez la forma más sutil del lenguaje corporal. Desde la infancia se nos enseña a como mirar y a qué esperar de la mirada de los demás y varía dependiendo de las culturas. Los movimientos oculares son importantes a distintos niveles: regulan las conversaciones, transmiten actitudes y sentimientos, y expresan la personalidad y el status el comportamiento ocular influye en la sexualidad de las personas.

La Apariencia Física

A primera vista, lo que llama la atención de una persona, es su aspecto físico, produciendo admiración, agrado, desagrado, indiferencia e incluso temor. Los adolescentes intentan ser diferentes de

los demás por su aspecto físico, su vestimenta e incluso sus peinados. Con ello, quieren demostrar su disconformidad con la sociedad, incluso pretenden intimidar al resto, mostrando su agresividad con su aspecto. Un ejemplo de hoy en día son las distintas bandas urbanas.

La Proxémica

La proxémica estudia cómo el hombre estructura inconscientemente su microespacio. La burbuja de espacio personal de un ser humano representa el mismo margen de seguridad, variando sus dimensiones en función de que las relaciones sean personales o sociales. La explotación del espacio modifica la información transmitida: si el emisor se coloca por encima del receptor, de pie cuando el receptor está sentado, indica superioridad y dominancia. La posición indica status. Si el emisor y el receptor se encuentran sentados a la misma altura puede indicar enfrentamiento si se encuentra frente a frente, o en consonancia si se sientan uno al lado de otro.

Quinésica.

Los movimientos instintivos y espontáneos del cuerpo reflejan y expresan la reacción mental y emocional a una situación específica, tópico o persona. Las personas se mueven de diferente forma dependiendo de su estado emocional e incluso dependiendo de su lugar de origen. Los gestos serían aquellos movimientos faciales o corporales que conllevan una significación en la comunicación, y se clasificarían en:

- **Adaptadores:** no llevan intencionalidad comunicativa explícita. Revelan estados emocionales o actitudes del interlocutor. Este tipo de gestos acercan a ciertos rasgos de personalidad del individuo.
- **Ilustradores:** aparecen asociados al lenguaje, guardando estrecha relación con la expresividad del individuo, su ámbito cultural y el grado de implicación personal en lo que dice.
- **Reguladores:** actúan preferentemente para ordenar los turnos de intervención.
- **Emblemas:** son gestos que presentan un significado en sí mismos, siendo inteligibles para todos los miembros de la comunidad (arquear las cejas, encoger los hombros...)

Posición Corporal

Describe el grado de atención e implicación en la conversación. Los adolescentes suelen adoptar una posición

desplazada o invertida: transmite desinterés, temor, inseguridad, desconfianza, incredulidad. En ocasiones, denotan una actitud pasiva mediante el ángulo que adoptan frente al entrevistador: de frente mayor implicación; competir, enfrente; cooperar, uno al lado del otro.

Paralenguaje

Las cualidades del habla, es decir, el cómo se dicen las cosas y no sólo lo que se dice, son importantes en el proceso comunicativo. Las características son:

- El Ritmo: Fluidez verbal con que se expresa la persona.
- El Tono: Adecuación emocional del tono de voz utilizado en la conversación.
- Intensidad y Volumen:

Los Tiempos.

El “saber escuchar” es una cualidad muy importante en la atención al adolescente. El tiempo del discurso se refiere a la forma de hablar de cada individuo, de las pausas que realiza durante su discurso. El tiempo entre los hablantes mide la interacción entre ellos, una alta reactividad implica una actitud dominante. El tiempo de espera: los silencios, en ocasiones facilitan la descarga emocional y de información, en otras situaciones producen incomodidad y tensión, pudiéndose utilizar de ambas formas.

Técnicas de apoyo narrativo

Lo que buscamos es que se produzca un vaciamiento de toda la información preelaborada de los consultantes. Eliminar posibles cosas que el adolescente o el tutor pueden pensar que son “tonterías” y que nos puede aportar mucha información. En atención primaria dado el poco tiempo que tenemos en consulta para atender a cada paciente es de 5 minutos aproximadamente (a veces incluso menos) el tipo de entrevista que más utilizamos es el de semiestructurada por lo que busca es momentos de libre narración con la

orientación del entrevistador, es decir, evitando “irse por las ramas”.

Facilitadoras de la verbalización del paciente:

Baja reactividad: el entrevistador permite un lapso de tiempo entre la intervención del paciente y la suya. Tiene como fin favorecer la libre narración.

Silencio funcional: ausencia de comunicación verbal que tiene por efecto proporcionar un tiempo de meditación al paciente, ayudar a su concentración, o

actuar como catalizador de determinadas reacciones emocionales en el curso de la entrevista. Proporciona tiempo para meditar y al mismo tiempo invita a seguir hablando.

Facilitación: conducta verbal o no verbal que ayuda a iniciar o proseguir el relato sin indicar ni sugerir contenidos. Fijar la mirada en el interlocutor, levantar las cejas, hacer un movimiento con la mano, inclinarse a quien habla, emitir un sonido inarticulado “aja”.

Empatía: conducta verbal o no que expresa solidaridad emocional dejando a un lado prejuicios éticos o ideológicos

Reflejar empáticamente: sugiere una emoción, en un momento dado ante una situación El esquema es el siguiente: (emoción).....(cuando/porque)..... .(hechos/ideas).....

“Te daría mucha rabia cuando sacaste tu primer suspenso”

Puede ser muy útil cuando hay dificultad para centrarse en los sentimientos y solo se hablan de hechos también puede ser útil para conocer la naturaleza de los sentimientos vividos, ponerles nombre y tomar conciencia (ej: rabia odio venganza).

Técnicas que ayudan a elaborar percepciones, emociones o ideas

Frases de repetición y respuestas espejo:

Repetir la frase acabada de pronunciar por el paciente a fin de orientar la atención hacia aquel mismo aspecto Ejemplo: no aguanto al profesor de física Respuesta: así que no aguantas al profesor de física. Ayudan al entrevistador a centrarse en un tema. Se centra en los hechos conductas y pensamientos No en las emociones.

Preguntas abiertas: La pregunta es para recabar información y para guiar la conversación. Las características de la pregunta deber ser de alto valor informativo y al tiempo no ser intrusiva.

Preguntas tipo “Qué” o “cómo” mas paráfrasis siempre son menos intimidatorios a las de tipo “Por qué” Preguntas cerradas esclarecen datos más concretos pero al mismo pueden reducir la capacidad de decisión del entrevistado.

Clarificaciones obligan a explicar el sentido de una idea o termino Ante situaciones embarazosas pueden facilitar las cosas expresiones como estas: “muchos chicos de tu edad se masturban, imagino que habrás pensado en hacerlo, o lo harás”, o “me han dicho que para divertirse en las discotecas hay que drogarse, que opinas tú”. “Qué opinas de?”

Señalamientos pone de manifiesto emociones o conductas y profundiza en motivaciones del paciente para que estuvieras.... Te veo....¿No será que ...?). De todas formas es una técnica que puede ser peligrosa cuando se señala lo que es muy evidente porque puede ocasionar el rechazo o interpretar en vez de señalar y el adolescente puede ser muy sensibles a estas conductas.

Interpretaciones en ocasiones útil las relaciones con tus padres están llenas de conflictos Qué opinas de...

Reencuadres: Son cambios de intencionalidad. Datos nuevos que surgen en la entrevista que no coinciden con las entrevistas previas

Confrontación: pone de manifiesto contradicciones existentes en la narrativa del paciente tanto entre lo expresado verbalmente como lo que no Ej: Dices que te has enterado pero por tu cara no lo tengo claro

Técnicas que disuaden la verbalización:

Antagonismo opone culpabiliza o impugna una emoción o conducta. Por regla general empeoran la relación (“¿por que no hiciste lo que quedamos?”).

Seguridades prematuras “seguro que se arregla”. No aporta nada

Riesgos en la entrevista con adolescentes

Algunos errores frecuentes en la consulta del adolescente pueden estar causados por estereotipos o prejuicios del médico acerca de la actitud que debe adoptar.

- o Confundir la empatía por la cordialidad o con la simpatía. el adolescente puede esperar del médico favores pero siempre dentro de unas determinadas normas: "voy a tratar de hacer todo lo que pueda por ti pero siempre que sea correcto".
- o *Etiquetar* a un adolescente por su forma de vestir o de actuar en la consulta nos impediría realizar una escucha racional y cercana
- o Utilizar un *estilo comunicacional reactivo*, respondiendo a emociones negativas o positivas de la misma manera.
- o Hay que evitar la *dependencia de campo*: el adolescente quiere que se le quite la tos, la madre quiere una analítica porque lo ve muy delgado y al médico le preocupa el consumo de tabaco. ¡Los objetivos del profesional no tienen porqué coincidir con los del adolescente o los de los padres!. Cumplir las expectativas del adolescente o de la madre en este caso puede suponer una consulta fácil, pero se deben incorporar obligatoriamente los objetivos derivados de los conocimientos técnicos del médico.
- o No indagar las causas de un *bajo compromiso terapéutico* bajo por parte del adolescente. El adolescente tiende inicialmente a tener poca implicación en la consulta, sin aportar esfuerzos por su parte para cumplir el plan terapéutico propuesto por el médico (ya se encargan de eso sus padres...). La falta de compromiso puede ser por vergüenza a mostrar su intimidad o las relaciones familiares existentes, miedo a la falta de confidencialidad, o por identificación del médico con las figuras de autoridad paterna. Conocer

estas actitudes mejora la adherencia al tratamiento.

Cuando el adolescente no colabora

Cuando existe una discrepancia la entrevista pierde el clima de confianza. Cediendo protagonismo al adolescente se puede recuperar, haciéndole ver cómo sus opiniones nos importan. No conviene discutir sino señalar la resistencia que él mismo está haciendo mediante una respuesta evaluativa: "no pareces muy de acuerdo, ¿no?". De esta forma se ayuda a desactivar una barrera emocional que permite afrontar el problema desde otro punto de vista.

Entrevista desestructurada.

Es probable la entrevista haya sido desordenada y confusa persistiendo dudas importantes. En estas situaciones nos será muy útil el acrónimo F. A. C. T. O. R. E. S (ver tema 2)

Ante una actitud hostil:

- o No involucrarse en la acción negativa
- o Recordar que el padre/tutor no es el motivo de rabia.
- o Aludir a su actitud ("veo que no quieres hablar").
- o Mostrar los propios sentimientos (*self-disclosure*).
- o Poner límites si fuera necesario "No entiendo porqué tengo que estar pendiente de ti para encontrar un hueco en consulta, si eres el que tiene el problema tienes que comprometerte".
- o Pedir disculpas si se ha cometido una falta

Si permanece en silencio

Se deben revisar los motivos de la consulta (reconducir objetivos), junto a un "cargarse de paciencia". Se puede hacer un señalamiento de su actitud seguido de empatía ("ya me imagino como se debe de sentir uno ante esa circunstancia") y no está de más usar el sentido del humor ("¿qué hace un chico como tu en un sitio como este?"). No hay que dejar que el silencio controle la entrevista: si no progresa finalizar y recitar otro día

Trabajando con padres invasivos

Es bastante frecuente que en la consulta los padres acompañen al adolescente y, además, tomen la iniciativa. La relación padre-hijo en consulta nos indica el tipo de relación existente en el hogar y el grado de autonomía e independencia con la que cuenta el propio adolescente. En ocasiones los padres son los únicos que hablan en la consulta, impidiendo que el adolescente de su opinión. a ordenar la entrevista y mejorar la comunicación:

- Técnica del **vaciado de la interferencia**. Se interpela a los padres de forma cordial dejando que comenten todo lo que deseen sobre el adolescente y su problema, mostrando interés por dicha información.
- Técnica del **punteo**. Pasar en la entrevista de padres a hijos, haciendo que comenten lo dicho por la otra parte ("¿qué te parece lo que ha dicho tu madre?"). Esto permite ofrecer al adolescente un **punto de fuga** (o apoyo narrativo), es decir, un momento donde

se permite el vaciado de toda la información preelaborada mediante una escucha atenta y sin interrupciones, manejando silencios funcionales y con baja reactividad.

- Técnica del **pacto de intervención**. En caso de que el acompañante siga invadiendo el espacio del adolescente se le propone un pacto: "bueno, usted ha tenido su tiempo para hablar, ¿le parece bien que ahora hable su hijo?".
- Creación de un **nuevo entorno**. Si el acompañante no acepta el pacto o bien el adolescente es remiso a hablar delante de sus padres, se puede desplazar la entrevista a otra zona de la consulta como es la camilla de exploraciones, aprovechando una mayor cercanía física para crear mayor conexión con el adolescente. También se puede proponer a los padres, siempre de forma cordial, que nos dejen a solas con el adolescente.

Bibliografía.

- ❖ Davis F. La Comunicación no verbal. Madrid; Alianza Editorial, 1992.
- ❖ Borrel F. Manual de entrevista clínica. Barcelona; Ed. Doyma, 1991.
- ❖ Borrell F. Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas. SEMFYC, Barcelona 2004.
- ❖ Casado I. Tratando (con) adolescentes. Aten Primaria 2000; 26:137-138.
- ❖ Jarabo Crespo Y Vaz Leal J. La entrevista clínica con adolescentes. FMC 1995; 8:455-465.
- ❖ Prados JA, Cebrià J, Bosch JM. Comunicación centrada en el paciente: una aplicación a la clínica. FMC 2000; 7: 83-88.
- ❖ Casado Zuriguel I. Entrevistando a los adolescentes. AMF 2005; 1:138-147.

NOTAS

7. Prevención y promoción de la salud

*M^a Luz Martínez Fernández
Alejandro Pérez Milena*

Este grupo de edad presenta un modo de enfermar característico, está expuesto a muchos riesgos para su salud, y supone uno de los grupos de población en los que las actividades preventivas pueden llegar a ser más rentables. No es tan importante la existencia de un lugar físico diferenciado para este tipo de atención como la

existencia de una actitud positiva y la puesta en práctica de las actividades de prevención y promoción. Las actividades de prevención recomendadas por el **Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud** pueden encontrarse en las siguientes direcciones de Internet:

Actividades preventivas en la adolescencia

<http://www.aepap.org/previnfad/todos.htm>

<http://www.papps.org/publicaciones/index1.pdf>

El entorno del adolescente pasa de ser su familia a ser el instituto, lugar donde aprende unas materias formales y, al tiempo, conforma un currículo oculto que forma sus habilidades sociales y sus comportamientos en salud. La **Educación para la Salud** se contempla en el sistema de valores de la escuela, potenciando la autoestima dentro del campo del desarrollo social y afectivo del alumnado, con una especial atención los temas de Prevención de Drogodependencias y Educación Sexual. Así, los centros docentes deben convertirse en agentes promotores de salud, que incluya en su currículum contenidos relativos al tema, pero que además tome una serie de decisiones que contribuyan a que el alumnado respire realmente en el centro una vida saludable. Para que esto pueda ser posible es necesaria la colaboración entre el centro docente, la familia y la comunidad, a la vez que se potencia la colaboración con los centros sanitarios de la zona, ya que su experiencia puede ser decisiva a la hora de llevar a cabo cualquier iniciativa en esta materia. La Consejería de Educación de lo Junto de Andalucía potencia estos encuentros y los articula en cuatro fases:

a) Investigación básica en torno al concepto de salud que tienen los distintos componentes de la comunidad educativa,

así como sus hábitos, actitudes y conocimientos en relación con la salud (alumnado, profesorado y padres).

b) Formación del personal docente en este ámbito, pregraduado y posgraduado,

c) Investigación, evaluación y difusión de las distintas experiencias llevadas a cabo hasta ahora en Educación para la Salud en el ámbito docente.

d) Coordinación entre los Centros de Salud y los Centros Docentes.

La aplicación práctica del último punto es el proyecto interinstitucional **FORMA JOVEN**, que inició su andadura en el curso 2001-2002 impulsado por la Junta de Andalucía. En él participan la Consejería de Salud, la Consejería de Educación y la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, ofreciendo el apoyo y los medios necesarios para su implantación y desarrollo en nuestra Comunidad Autónoma. Este programa pretende acercar a los espacios frecuentados por adolescentes y jóvenes, asesorías de información y formación, asesoramiento, orientación y derivación a centros especializados cuando sea necesario, de forma individual y grupal, con el objetivo de desarrollar capacidades y habilidades de respuestas saludables, ante situaciones de riesgo o interrogantes que se presenten en esta etapa de la vida, para que ocio y salud

sean compatibles. Entre sus objetivos específicos se señalan los siguientes:

1. Favorecer una política de anticoncepción efectiva, en el área afectivo-sexual.
2. Promover una conducta equilibrada entre géneros.
3. Informar sobre las consecuencias de las conductas mediadas por el alcohol.
4. Contribuir al descenso de los accidentes de tráfico.
5. Detectar y encauzar los trastornos alimentarios.
6. Favorecer la convivencia y propiciar un espacio de negociación de conflictos, como la violencia, o la baja autoestima.

En la actualidad se actúa en tres áreas relacionadas entre sí: afectivo-sexual, adicciones y salud mental. El programa Forma Joven se desarrolla en unos lugares de encuentro llamados Punto Forma Joven, habilitados para atender las dudas, interrogantes y demandas presentadas por la población adolescente y joven. Las consultas y asesorías que se desarrollan en el Punto Forma Joven son atendidos por profesionales de los diferentes ámbitos (Consejería de Salud, Consejería de Educación y consejería para la Igualdad y

el Bienestar Social) especialmente formados y capacitados para atender las diferentes demandas de adolescentes y jóvenes. Cuando se constituye un Punto Forma Joven, éste recibe un módulo de materiales de apoyo dirigido a profesionales, familias, jóvenes y mediadores. Este módulo de materiales está compuesto por: la guía del programa Forma Joven y las experiencias de los diferentes encuentros realizados hasta la fecha. Además, el módulo contiene una serie de materiales que abordan temas relacionados con las distintas áreas de intervención del programa. Al ser un programa en el que es necesario la colaboración de profesionales de salud se seleccionarán, de todos los centros inscritos, aquellos en los que el Centro de Salud correspondiente a la zona donde esté situado el centro educativo disponga de estos profesionales para poder trabajar conjuntamente con los orientadores y orientadoras. Los profesionales de Atención Primaria debemos sumarnos a las estrategias sanitarias poblacionales, implicándonos en actividades multidisciplinares con educadores y padres, actuando tanto en el ámbito escolar como familiar.

Programa Forma Joven

<http://www.formajoven.org/>

Programas educativos (Averroes)

<http://www.juntadeandalucia.es/averroes/programasyactuaciones/index.php3>

El hecho de educar en la salud a los adolescentes y de aprender de ellos es más importante para el establecimiento de nuestra humanidad que cualquiera de los conocimientos concretos que así se transmiten.

Consumo de alcohol, tabaco y drogas

El Plan Nacional sobre Drogas es una iniciativa gubernamental creada el año 1985 destinada a coordinar y potenciar las

políticas que, en materia de drogas, se llevan a cabo desde las distintas Administraciones Públicas y entidades

sociales en España. Le corresponde la dirección, impulso, coordinación general y supervisión de los servicios encargados de la actualización y ejecución del Plan Nacional sobre Drogas, bajo la superior dirección del Secretario General de Sanidad. En Andalucía existe el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, un órgano colegiado de carácter consultivo y de investigación, para asesorar y formular propuestas a la Junta de Andalucía, de modo interdisciplinar, en materias técnicas relacionadas con el fenómeno de las drogas y el problema generado por las drogodependencias y otros trastornos adictivos, en la Comunidad Autónoma de Andalucía, de acuerdo con los objetivos de II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones. Este documento es referente para la planificación de las políticas sanitarias, a la vez vinculante para todas las Administraciones Públicas, entidades privadas e instituciones que actúan en el ámbito de las drogodependencias y adicciones, lo que refleja una firme apuesta por la participación social en el diseño de una estructura asistencial pública.

Uno de los grupos de riesgo que observa el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones son los adolescentes. El consumo de drogas es uno de los principales problemas de salud que afecta a la población adolescente, con un elevado coste humano, económico y social. La adolescencia es el momento en el que se produce tanto la experimentación con drogas como el aprendizaje de los patrones de consumo, con los mayores incrementos en la incidencia de distintos tipos de sustancias adictivas consumidas. A continuación se resumen los datos obtenidos en las principales encuestas a nivel nacional y autonómico, así como en otras investigaciones a nivel local.

1. El contacto del adolescente con las drogas se produce a una edad temprana.

El consumo de alcohol y tabaco comienza a partir de los 12-13 años, el cannabis sobre los 14 años y el resto de drogas

ilegales algo más adelante (15-16 años). Entre los 12-13 años el consumo es experimental e intermitente, existiendo un periodo crítico de incremento del consumo entre los 14-16 años (para cocaína y drogas de diseño, se sitúa en los 16-18 años). Cuanto más precoz es el inicio en el consumo, más posibilidad de dependencia y complicaciones asociadas existen. Además, la experimentación con cualquier droga se sigue habitualmente de una continuidad en su uso bastante elevada (88% para el alcohol, 73% para el tabaco, 60% para el cannabis y 42% para la cocaína).

2. Las drogas más consumidas son el alcohol y el tabaco.

Más de la mitad de los adolescentes consumen alcohol (55%) y la tercera parte fuma (29%); el cannabis lo consumen una quinta parte (22%) y de ellos, 1 de cada 5 lo hace de forma habitual. El resto de drogas ilegales suponen un consumo inferior al 5%.

3. El sexo influye en el consumo

No hay diferencias de género para el inicio. Los estudios nacionales y autonómicos indican una mayor prevalencia de consumo de drogas ilegales entre chicos, con mayor consumo cuantitativo de tabaco y alcohol; en cambio, las chicas presentan una mayor prevalencia de consumo de tabaco. En estudios locales, la evolución en la última década está haciendo que se igualen los consumos entre hombre y mujeres en la adolescencia, algo que deberán confirmar los grandes estudios poblacionales.

4. El patrón de consumo se relaciona con momentos de ocio.

El consumo de alcohol y otras drogas ilegales entre adolescentes comienza siendo ocasional, para asociarse posteriormente a momentos de ocio (preferentemente nocturno). El consumo de tabaco, sin embargo, es mayoritariamente diario. Las razones aducidas para el consumo son la diversión, experimentar nuevas sensaciones u obtener placer.

5. Aparece el fenómeno del policonsumo entre adolescentes.

Existe una intensa asociación entre los consumos de todas las sustancias, sobre todo en el caso de la asociación de alcohol, tabaco y cannabis. El patrón de consumo influye, siendo poco frecuente el policonsumo en los consumos ocasionales, se incrementa durante el fin de semana y es máximo en el consumo diario.

6. Existe una baja percepción de riesgo asociado al consumo.

Los adolescentes refieren una baja percepción de riesgo para la salud en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis, mientras que el mayor riesgo lo sitúan en el consumo de heroína, cocaína y drogas de diseño. El riesgo se asocia a la frecuencia de consumo más que al tipo de sustancia consumida. Sin embargo, un alto porcentaje de los escolares encuestados

refieren haber tenido algún tipo de problemas con el consumo de estas sustancias, la mayoría relacionadas con las intoxicaciones étlicas agudas. Los principales motivos para no consumir son los referidos a conservar la salud y evitar adicciones.

7. Se han identificado diversos factores de riesgo para el consumo.

Entre ellas destacan: fracaso escolar, mala comunicación familiar y permisividad de los padres ante el consumo, existencia de amigos consumidores, y alta frecuencia de salidas para la diversión en horario nocturno (regresar antes de las 12 de la noche a casa es un factor protector). Como rasgos personales, destacan la falta de autoestima, la impulsividad, creencias favorables al consumo, falta de habilidades sociales y menor asertividad frente a los amigos.

Violencia escolar

La **violencia escolar** es un fenómeno con una gran repercusión mediática al que se le está prestando una especial atención en los últimos años. Sin embargo, no es un problema nuevo: hace una década que la mayoría de miembros de la Unión Europea coincidieron en la necesidad de prevenir las conductas violentas en los centros educativos, lo que se ha traducido en una mayor atención a este problema desde las diferentes administraciones. Los centros de educación secundaria constituyen un microsistema abierto de iguales donde el adolescente inicia su proceso socializador mediante la inmersión en una cultura de grupo, con normas y valores propios. La violencia distorsiona este aprendizaje, y forma parte de un conjunto de hábitos nocivos para la salud que el adolescente puede adoptar y que se relaciona directamente con otros factores de riesgo como el fracaso escolar, la disfunción familiar y el consumo de sustancias tóxicas. En su forma más general, el fenómeno del abuso consiste en la opresión

reiterada, tanto psicológica como física, hacia una persona con menos poder, por parte de otra persona con un poder mayor; el maltrato puede ser físico, verbal o mediante exclusión social. La victimización o maltrato por abuso entre iguales es una conducta de persecución física y/o psicológica que realiza el alumno/a contra otro, al que elige como víctima de repetidos ataques. Esta acción, negativa e intencionada, sitúa a las víctimas en posiciones de las que difícilmente pueden salir por sus propios medios. La continuidad de estas relaciones provoca en las víctimas efectos claramente negativos: descenso en su autoestima, estados de ansiedad e incluso cuadros depresivos, lo que dificulta su integración en el medio escolar y el desarrollo normal de los aprendizajes.

Dentro de los estudios realizados en España, Andalucía fue pionera con el Proyecto Sevilla Anti-Violencia Escolar (1995-98) y el Proyecto Andalucía Anti-Violencia Escolar (1997-98). El maltrato

entre iguales es un fenómeno general que se produce en todos los países en que se ha estudiado, aunque los datos de incidencia no son homogéneos. Las formas más comunes de maltrato son, en primer lugar, el de tipo verbal (insultos, motes), seguido por el abuso físico (peleas, golpes, etc.) y el maltrato por aislamiento social (ignorar, rechazar, no dejar participar). Sin embargo, sí aparecen una serie de tendencias generales:

Género: los chicos siempre tienen mayor participación en los incidentes de maltrato tanto en el papel de agresores como en el de víctimas. Las formas más usuales de abuso que llevan a cabo los chicos son la agresión verbal y la agresión física directa. Las chicas, por el contrario realizan y son víctimas de más agresiones indirectas, sean de carácter verbal o social.

Curso escolar: los problemas de violencia disminuyen progresivamente a medida que aumenta la edad. El momento de mayor

incidencia del problema se sitúa entre los 11 y los 14 años de edad.

Lugares donde tienen lugar la violencia: en general, en los niveles de educación primaria el espacio de mayor riesgo es el recreo, mientras que en el nivel de secundaria se diversifican los lugares de riesgo, incrementándose los índices de abusos en los pasillos y en las aulas.

No hay suficiente evidencia científica para incluir o excluir el consejo clínico sobre la violencia juvenil como medida preventiva en adolescentes asintomáticos (grado de recomendación C). Es posible que las intervenciones comunitarias puedan tener algún efecto. En Andalucía se llevan a cabo diferentes intervenciones para evitar el fenómeno de la violencia escolar mediante la mejora de la comunicación y de la autoestima personal, como el programa Escuela Espacio de Paz, desarrollado por la Consejería de Educación.

Bibliografía.

- ❖ Colomer J, Cortés O, Delgado JJ, Galbe J, Merino M, Pallás CR, Pericas J, Sánchez FJ, Soriano FJ. Programa de la infancia y adolescencia 2005. Aten Primaria 2005; 36 (supl 1): 131-140.
- ❖ Savater F. El valor de educar. Barcelona: Ariel; Barcelona 1997.
- ❖ Pérez Milena A, Pérez R, Martínez ML, Jiménez I, Leal FJ, Mesa I. Violencia escolar y consumo de sustancias tóxicas: relación entre dos conductas de riesgo en la adolescencia. Atención Primaria 2006; 38 (supl 1): 154.
- ❖ Ortega R. La Convivencia Escolar: qué es y cómo abordarla. Junta de Andalucía, Consejería de Educación y Ciencia 2004.
- ❖ Pérez Milena A, Leal FJ, Jiménez I, Mesa I, Martínez ML, Pérez R. Evolución del consumo de sustancias tóxicas en los adolescentes de una zona urbana (1997-2004). Aten Primaria. 2007; 39:299-304
- ❖ Ministerio de Sanidad. Plan Nacional de Drogas. Plan de acción sobre drogas 2005-2008.

NOTAS

7. Bibliografía recomendada

1. Castellano G, Hidalgo MI, Redondo A. Medicina de la Adolescencia. Atención integral. Madrid, Ergon 2004.
2. Grupo de trabajo del adolescente. Guía de atención al adolescente en atención primaria de salud. Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria 2004.
3. Hidalgo MI, González P, Montón JL. Atención a la adolescencia. FMC 2006; 13: protocolo nº 4.
4. Pérez Milena A. Tema 77. Atención al adolescente. Temario de oposiciones para médicos de familia de EBAP. SAMFYC, Granada 2007.



Webs de utilidad

- Salud joven (asociación española de pediatría) <http://www.aepap.org/joven/index.htm>
Defensor del menor (Andalucía) <http://www.defensordelmenor-and.es/>
Instituto Andaluz de la Juventud (Patio Joven)
http://www.andaluciajunta.es/SP/Patio_Joven_v2/CDA/patio_joven/0,,10663799_30414552,00.html
Sociedad española de medicina del adolescente www.adolescenciasema.org/
[Sociedad española de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente www.sepypna.com/](http://www.sepypna.com/)
[Sociedad española de pediatría de atención primaria www.sepeap.es/](http://www.sepeap.es/)
American Academy of Child and Adolescent Psychiatry <http://www.aacap.org>
Biblioteca virtual en salud. México <http://www.adolesc.org.mx8>
Meridian Health. Medicina de la adolescencia
<http://www.meridianhealth.com/index.cfm/HealthInfo/SPeds/index.cfm>
Generalitat de Catalunya. Secretaria de Joventut <http://www20.gencat.cat/portal/site/Joventut/>

Teléfonos de interés (Andalucía)

Información juvenil	901 40 00 40
Información Sexual para Jóvenes	901 40 69 69
Información sobre el SIDA	900 85 01 00
Información sobre el tabaco	900 85 03 00
Atención al menor maltratado	900 21 09 66
Información sobre Drogas	900 84 50 40