

GRADO EN MEDICINA

TRABAJO DE FINAL DE GRADO:

**GUÍA DE CRIBADO PSICOSOCIAL
EN LA PRIMERA CONSULTA DEL
ADOLESCENTE EN MEDICINA DE
FAMILIA**

Autora:

Carmen Cabedo Claramonte

Tutores:

Manuel Batalla Sales

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (Centro de Salud
Rafalafena)

Profesor asociado de la UJI

Elena Ruiz Páez

Médico residente en Medicina Familiar y Comunitaria (Centro de Salud
Rafalafena)

Mayo 2021

Participante en la creación del protocolo:

Carmen Cabedo Claramonte

Estudiante de 6º de Medicina en la Universitat Jaume I

Directores del protocolo:

Manuel Batalla Sales

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (Centro de Salud
Rafalafena)

Profesor asociado de la UJI

Elena Ruiz Páez

Médico residente en Medicina Familiar y Comunitaria (Centro de Salud
Rafalafena)



TRABAJO DE FIN DE GRADO (TFG) - MEDICINA

EL/LA PROFESOR/A TUTOR/A hace constar su **AUTORIZACIÓN** para la Defensa Pública del Trabajo de Fin de Grado y **CERTIFICA** que el/la estudiante lo ha desarrollado a lo largo de 6 créditos ECTS (150 horas)

TÍTULO del TFG: Guía de cribado psicosocial en la primera consulta del adolescente en medicina de familia.

ALUMNO/A: Carmen Cabedo Claramonte

DNI: 53794092J

PROFESOR/A TUTOR/A: Manuel Batalla Sales

Fdo (Tutor/a): *Manuel Batalla Sales*

COTUTOR/A INTERNO/A (Sólo en casos en que el/la Tutor/a no sea profesor/a de la Titulación de Medicina): Elena Ruiz Páez

Fdo (CoTutor/a interno): *Elena Ruiz Páez*

RESUMEN

Introducción: En Medicina de Familia se atiende a pacientes desde la adolescencia media y tardía, etapa de la vida de experimentación y en que se dan cambios a nivel biológico, psicológico y social, lo cual la hace una época de riesgo de desarrollar problemas psicosociales. La primera visita del adolescente con su Médico/a de Familia es un buen momento para hacer un cribado de factores de riesgo psicosociales por medio de la entrevista clínica.

Objetivos: Realizar una atención integral del adolescente e identificar los factores de riesgo psicosociales desde la primera consulta.

Método: Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando herramientas como *Pubmed*, *The Cochrane Library*, *Epistemonikos* y *Google Académico*.

Se han utilizado los términos "MeSH": *Adolescent, primary health care, risk factors, adolescent behavior, adolescent development*.

Resultados: Por medio de la revisión bibliográfica se ha elaborado una guía de práctica clínica basada en la evidencia científica disponible para el cribado de factores de riesgo psicosociales en la primera consulta del adolescente en Medicina de Familia.

Conclusión: El cribado de factores de riesgo para la salud de los adolescentes y las intervenciones para adoptar estilos de vida más saludables han demostrado mejorar sus hábitos a largo plazo.

ABSTRACT

Introduction: Teenagers at their middle and late adolescence are treated in the Family Practice consultation. At this period, they undergo biological, psychological and social changes, and also tend to look for new experiences. That is why the adolescence is considered a period at risk of developing psychosocial problems. Screening of psychosocial risk factors could be performed at their first consultation with the Family Practitioner by means of the clinical interview.

Objectives: Carry out a comprehensive health care for the teenagers and recognize psychosocial risk factors from the first consultation with the Family Practitioner.

Method: A literature review was conducted using Pubmed, The Cochrane Library, Epistemonikos and Google Scholar.

The following MeSH terms were used: Adolescent, primary health care, risk factors, adolescent behavior, adolescent development.

Results: A guideline has been developed based on the scientific evidence available about teenagers' psychosocial risk factors screening on their first consultation to their Family Practitioner.

Conclusions: Adolescent risk factors screening and interventions to adopt a healthier lifestyle have proved to improve their healthy habits in the long term.

Keywords: Adolescent, primary health care, risk factors, adolescent behavior, adolescent development.

EXTENDED SUMMARY

Introduction:

Teenagers at their middle and late adolescence are treated in the Family Practice consultation. At this period of time, they undergo biological, psychological and social changes, which are essential to acquire a self-identity, their own independence and responsibilities at the end of the adolescence. These changes can also be maladaptive though, and could end up not acquiring these specific roles of the adulthood. Teenagers also tend to look for new experiences and have impulsive behaviours that may put their life at risk. That is why the adolescence is considered a period at risk of developing psychosocial problems.

Screening of adolescents' psychosocial risk factors could be performed at their first consultation with the Family Practitioner by means of the clinical interview. This would help physicians in their aim of promoting healthy habits and preventing risk factors in adolescence while they are offering a comprehensive healthcare.

Objectives:

The main objective is carrying out a comprehensive health care for the teenagers and recognizing psychosocial risk factors from the first consultation with the Family Practitioner.

Secondary objectives are promoting healthy habits among teenagers, improve the practitioner-patient relationship and facilitate communication with teenager patients.

Method:

A literature review was conducted using Pubmed, The Cochrane Library, Epistemonikos and Google Scholar.

The following MeSH terms were used: Adolescent, primary health care, risk factors, adolescent behavior, adolescent development.

The inclusion criteria were meta-analysis, systematic reviews, guidelines, clinical trials, descriptive studies and expert opinions' articles about adolescent health care, risk factors screening in adolescents, psychosocial risk factors among teenagers and communication skills to talk with adolescents. Only were included those papers that were considered high quality by using appraisal tools such as CASPe (Critical Appraisal Skills Programme Español) and Agree (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation).

Results:

A guideline has been developed based on the scientific evidence available about teenagers' psychosocial risk factors screening on their first consultation to their Family Practitioner.

Talking to adolescents about some sensitive aspects of their life can be difficult, that is why it is important having good communication skills, knowing how to create a good atmosphere and ensure confidentiality so that the teenager will feel free to talk about anything he or she needs or want to share with his or her doctor, knowing they will never be judged and this will be confidential.

It is recommended exploring aspects of the adolescents' life such as:

1. **Hobbies and interests:** Talking about the activities the adolescent enjoys doing in his or her free time.
2. **Relationship:** Focusing on the teenager's relationship with their family, peers and romantic relationships.
3. **Education:** Making questions about their performance at high school, their grades and their plans for the future. It is also important to evaluate if the teenager is suffering bullying at high school.
4. **Addictive behaviours:** Interview the adolescent about his/her alcohol consumption, smoking tobacco and other drug use, as well as other eventual addictive behaviours such as gambling.
5. **Nutrition and physical activity:** A healthy alimentation and an hour of physical activity per day are keys to prevent cardiovascular diseases in the future. At this point of the interview, it is important to recognize obsessions with weight, being thin or strong, because this could be signs of an eating disorder.
6. **Mental health and suicidal risk:** Identifying signs, symptoms and risk factors of developing a depression and being able to assess the suicidal risk.
7. **Sexuality:** Talking about the adolescent's sexual history is a sensitive part of the interview, even though it is very important to assess their knowledge about pregnancy and sexually transmitted diseases prevention.

It has been developed an algorithm that contains the most important questions to explore each one of the areas that should be evaluated in order to guide the interview through these topics. If some problem was detected, a further exploration of this aspect of the adolescent's life should be conducted at the time it is found or scheduling an appointment to talk about it more deeply.

Conclusions:

Carrying out adolescent risk factors screening and interventions to adopt a healthier lifestyle have proved to motivate these young patients and to improve their healthy habits in the long term.

ÍNDICE

| | |
|---|---------------|
| 1. Agradecimientos | - 11 - |
| 2. Introducción | - 12 - |
| 3. Objetivos | - 14 - |
| 4. Proceso de elaboración | - 15 - |
| 4.1. Fuentes bibliográficas | - 15 - |
| 4.2. Criterios de inclusión y exclusión de los artículos | - 15 - |
| 4.3. Preguntas clínicas que llevaron a la búsqueda de evidencia | - 16 - |
| 4.4. Métodos utilizados para formular las recomendaciones | - 16 - |
| 5. Guía de práctica clínica | - 19 - |
| 5.1. Habilidades de comunicación para trabajar con adolescentes | - 21 - |
| 5.1.1. Presentación al paciente | - 21 - |
| 5.1.2. Técnicas de comunicación | - 23 - |
| 5.1.3. Comunicación no verbal | - 24 - |
| 5.1.4. Técnicas de apoyo narrativo | - 28 - |
| 5.1.5. Entrevista motivacional Para el cambio | - 28 - |
| 5.1.6. Consulta telefónica con el/la adolescente | - 29 - |
| 5.2. Aficiones | - 31 - |
| 5.3. Relaciones sociales | - 32 - |
| 5.3.1. Familia | - 32 - |
| 5.3.2. Amistades | - 33 - |
| 5.3.3. Relaciones amorosas | - 34 - |
| 5.4. Educación | - 35 - |
| 5.4.1. Acoso escolar o bullying | - 35 - |
| 5.5. Adicciones | - 37 - |
| 5.5.1. Alcohol | - 39 - |
| 5.5.2. Tabaco | - 39 - |
| 5.5.3. Otras Drogas | - 40 - |
| 5.5.4. Juegos de azar | - 42 - |
| 5.6. Nutrición y actividad física | - 43 - |
| 5.6.1. Nutrición | - 43 - |
| 5.6.2. Actividad física | - 44 - |
| 5.6.3. Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) | - 44 - |
| 5.7. Salud mental | - 46 - |
| 5.7.1. Depresión | - 46 - |
| 5.7.2. Cribado del riesgo de suicidio en adolescentes | - 47 - |
| 5.8. Sexualidad | - 49 - |
| 5.8.1. Prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y embarazo no deseado | - 49 - |
| 5.8.2. Identidad de género | - 50 - |
| 5.8.3. Orientación sexual | - 50 - |
| 5.8.4. Cribado de violencia sexual | - 51 - |
| 6. Algoritmo práctico de la guía | - 52 - |

| | |
|---|---------------|
| 7. Declaración de intereses de los participantes | - 53 - |
| 8. Bibliografía | - 54 - |
| Anexo 1: Guía para la elaboración de un genograma familiar | - 58 - |
| Anexo 2: Test de Apgar Familiar | - 61 - |

1. AGRADECIMIENTOS

Quisiera dar las gracias a mis tutores, Manuel Batalla y Elena Ruiz, por guiarme en la elaboración de esta guía de práctica clínica, resolver todas mis dudas y por estar siempre disponibles cuando he necesitado su ayuda.

Gracias a la Universitat Jaume I, y en especial a todo el profesorado del Grado en Medicina por su esfuerzo y dedicación para darnos una buena formación como médicos.

Mi especial agradecimiento a mis padres, mi hermana, mi abuela y a Javi, por confiar en mí, por su apoyo y su paciencia durante estos años.

También me gustaría agradecer a mis compañeros de clase, que se han convertido en grandes amigos, por ayudarnos, apoyarnos y motivarnos durante todo este tiempo. Así como darles la enhorabuena por el gran esfuerzo realizado, por no rendirse y por llegar hasta el final de esta carrera.

2. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es definida por la OMS como la etapa de la vida comprendida entre los 10 y los 19 años¹. A pesar de que no existe un acuerdo claro sobre en qué edad comienza y termina esta etapa, algunos autores consideran que el inicio se da en la pubertad, a partir de los cambios biológicos propios de esta etapa, y termina con la adquisición del rol y la responsabilidad que corresponden a la edad adulta. Tras una etapa de cambios y nuevas experiencias, al final de la adolescencia se logra la aceptación y el conocimiento de uno mismo, la identidad sexual, la adquisición de unos valores morales, la vocación y la ideología, entre otros².

Durante la adolescencia se producen cambios a nivel biológico, psicológico y social. Se tiende a experimentar con distintos comportamientos, estilos de vida, grupos de amigos... con la finalidad de encontrar una identidad propia. Es habitual que el/la joven se vuelva más rebelde y que en ocasiones derive a comportamientos maladaptativos por la necesidad de búsqueda de nuevas experiencias y por la impulsividad que define esta etapa de la vida. Es una etapa en la que algunos nuevos hábitos y conductas pueden llevar al desarrollo de problemas de salud si no se detectan y cambian de manera temprana, y por ello es importante llevar a cabo una atención integral desde el inicio².

En Medicina de Familia se atiende a los pacientes a partir de los 14 años, lo que se corresponde con la adolescencia media y tardía. En la transición del adolescente desde Pediatría a Medicina de Familia se deben tener en cuenta tanto los problemas clínicos como sus necesidades psicosociales y educativas³. La mayoría de estos pacientes no suelen presentar problemas de salud importantes, de manera que no acuden con frecuencia a su Médico/a de Familia.

Desde Atención Primaria es importante elaborar una estrategia de promoción de hábitos de vida saludables y prevención de riesgos en estos pacientes. Se debe involucrar a su familia y a su entorno social, llevando a cabo una atención sanitaria accesible y ampliando los servicios sanitarios a áreas de la vida como el hogar, los estudios o su vida social⁴. La entrevista clínica es la mejor herramienta para conseguir una atención integral y se debe aprovechar cualquier consulta del adolescente para, además de solucionar su problema, detectar posibles factores de riesgo prevenirlos y hacer promoción de hábitos de vida saludables⁵.

La primera consulta del adolescente es un momento oportuno para detectar problemas de salud y hábitos de riesgo, favorecer una actitud activa hacia su salud, fomentar la relación médico-paciente y llevar a cabo estrategias de prevención efectivas en los adolescentes⁶. El cribado sobre los factores de riesgo para la salud en gente joven y las intervenciones para

motivar a estos pacientes a llevar estilos de vida más saludables mejoran sus hábitos de vida a largo plazo (nivel de evidencia 1++),⁷.

En este documento proponemos una guía para la entrevista en la primera consulta de los adolescentes con su Médico/a de Familia, abordando los principales problemas psicosociales a los que se enfrenta este grupo de población.

3. OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Realizar una atención integral del adolescente e identificar los factores de riesgo psicosociales característicos de esta etapa desde la primera consulta.

Objetivos secundarios

- Promocionar unos hábitos de vida saludables.
- Mejorar la relación médico-paciente.
- Facilitar la comunicación con el paciente.

4. PROCESO DE ELABORACIÓN

4.1. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

Para la elaboración de esta guía de práctica clínica se ha realizado una búsqueda bibliográfica utilizando las bases de datos *Pubmed* y *The Cochrane Library*; así como el metabuscador *Epistemonikos*. Por medio de Google Académico se han buscado artículos de la revista *ADOLESCERE* de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia, Ministerio de Sanidad de España, Asociación Española de Pediatría, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Organización Mundial de la Salud y guías de práctica clínica de atención al adolescente.

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica en *Pubmed* se utilizaron los siguientes términos "MeSH" (*Medical Subject Headings*): *Adolescent, primary health care, risk factors, adolescent behavior, adolescent development*.

A partir de los artículos encontrados, en el caso de que se hiciera referencia a otros artículos se buscaron estas fuentes bibliográficas primarias. Del mismo modo, se fue ampliando la búsqueda en cada uno de los apartados sobre los distintos factores de riesgo que pueden presentar los adolescentes.

4.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE LOS ARTÍCULOS

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Meta-análisis, revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica, ensayos clínicos aleatorizados, estudios descriptivos y artículos de opinión de expertos sobre atención sanitaria a adolescentes y sobre el cribado de comportamientos de riesgo en adolescentes.
- Meta-análisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados, estudios descriptivos y artículos de opinión de expertos sobre factores de riesgo psicosociales en los adolescentes.
- Artículos sobre comunicación y atención a los adolescentes en Atención Primaria.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Artículos centrados en adolescentes con enfermedades crónicas u oncológicas.
- Ensayos clínicos realizados en países cuyas condiciones sociosanitarias son muy distintas a las de nuestro país y que por lo tanto los datos podrían no ser extrapolables.
- Ensayos clínicos realizados en pacientes que se encuentran en la adolescencia temprana, ya que en Medicina de Familia se atiende a adolescentes en la adolescencia tardía.
- Artículos que, al realizar la lectura crítica, se han considerado de baja calidad. Para ello se ha utilizado el programa de lectura crítica CASPe (Critical Appraisal Skills Programme Español) y el Agree (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation) para las guías de práctica clínica.

4.3. PREGUNTAS CLÍNICAS QUE LLEVARON A LA BÚSQUEDA DE EVIDENCIA

- ¿Existen protocolos o guías de práctica clínica sobre como llevar a cabo una adecuada anamnesis sobre factores de riesgo psicosociales en la primera visita del adolescente con su Médico de Familia?
- ¿Existen guías de práctica clínica sobre la atención integral del adolescente?
- ¿Cuáles son los problemas psicosociales que puede padecer un adolescente?
- ¿Qué beneficios tiene llevar a cabo una entrevista sobre distintos factores psicosociales en los adolescentes?

4.4. MÉTODOS UTILIZADOS PARA FORMULAR LAS RECOMENDACIONES

En esta guía de práctica clínica se han realizado unas recomendaciones en función de los distintos grados de evidencia científica que presenta la bibliografía.

| Niveles de evidencia científica | |
|---------------------------------|--|
| 1++ | Meta-análisis (MA), de alta calidad, revisiones sistemáticas (RS) de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo. |
| 1+ | MA bien realizados, RS de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos. |

| | |
|-----|--|
| -1 | MA, RS de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos. |
| 2++ | RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal. |
| 2+ | Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal. |
| -2 | Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal. |
| 3 | Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos. |
| 4 | Opinión de expertos. |

| Grados de recomendación | |
|-------------------------|---|
| A | Al menos un MA, RS o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos. |
| B | Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestren gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+. |
| C | Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestren gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++. |
| D | Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+. |

Niveles de evidencia científica y grados de recomendación del SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network).

| Niveles de evidencia científica | Tipo de evidencia científica | Grado de recomendación |
|---------------------------------|---|------------------------|
| Ia | RS con homogeneidad de estudios nivel 1. | A |
| Ib | Estudios de nivel 1. | |
| II | Estudios de nivel 2. RS de estudios de nivel 2. | B |
| III | Estudios de nivel 3. RS de estudios nivel 3. | C |
| IV | Consenso, opiniones de expertos sin valoración crítica explícita. | D |
| Estudios de nivel 1 | Cumplen: <ul style="list-style-type: none"> • Comparación enmascarada con una prueba de referencia (gold standard) válida. • Espectro adecuado de pacientes. | |
| Estudios de nivel 2 | Presentan solo uno de estos sesgos: <ul style="list-style-type: none"> • Población no representativa (la muestra no refleja la población donde se aplicará la prueba). • Comparación con el patrón de referencia («patrón oro») inadecuado (la prueba que se evaluará forma parte del patrón oro o el resultado de la prueba influye en la realización del patrón oro). • Comparación no enmascarada • Estudios casos-control | |
| Estudios de nivel 3 | Presentan dos o más de los criterios descritos en los estudios de nivel 2. | |

Niveles de evidencia y grados de recomendación para preguntas sobre diagnóstico. Adaptación del NICE (National Institute for Health and Care Excellence) de los niveles de evidencia del Oxford Centre for Evidence Based Medicine y del Centre for Reviews and Dissemination.

5. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

La primera visita de adolescente con su médico de familia es una oportunidad única para asentar las bases de la futura relación terapéutica y para explorar las características psicosociales del paciente.

Se debe identificar comportamientos que podrían conllevar un riesgo para la salud del adolescente, con el objetivo de intentar motivarlo para llevar a cabo un cambio en estos hábitos. Se deberá explorar distintos ámbitos de la vida del paciente, asegurándose de que recibe toda la información necesaria sobre estos temas. Como guía se pueden utilizar los siguientes acrónimos₄:

- **HEADSSS**₈: Es útil para llevar a cabo una entrevista sobre la salud psicosocial del adolescente (grado de recomendación A) y para la detección y manejo de problemas psicosociales en adolescentes (grado de recomendación D)₉.

| HEEADSSS | | |
|----------|------------------------------------|---------------------------------------|
| H | <i>Home</i> | Hogar |
| E | <i>Education</i> | Educación |
| E | <i>Eating</i> | Alimentación |
| A | <i>Peer-related activities</i> | Actividades extraescolares/ Aficiones |
| D | <i>Drugs</i> | Drogas |
| S | <i>Sexuality</i> | Sexualidad |
| S | <i>Suicide</i> | Suicidio y depresión |
| S | <i>Safety (violence and abuse)</i> | Seguridad (violencia y abuso) |

- **FACTORES:** Para el cribado de factores de riesgo psicosociales en adolescentes, desarrollado por el Dr. García-Tornel (grado de recomendación D)₄.

| FACTORES | |
|----------|------------|
| F | Familia |
| A | Amistades |
| C | Colegio |
| T | Tóxicos |
| O | Objetivos |
| R | Riesgos |
| E | Estima |
| S | Sexualidad |

En esta guía de práctica clínica se recomienda utilizar un tipo de conversación menos estructurada, ya que permite conocer mejor al adolescente y establecer una buena relación médico-paciente. Esta primera anamnesis permitirá detectar los posibles riesgos para el adolescente, orientar la entrevista clínica y promover cambios hacia estilos de vida más saludables.

5.1. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN PARA TRABAJAR CON ADOLESCENTES

Las habilidades de comunicación del médico/a condicionarán la futura relación médico-paciente. Crear un clima cálido y de confianza, mostrándose accesible, tratando al adolescente como un adulto y considerándolo capacitado para tratar sus problemas de salud, permitirá tener una relación médico-paciente favorable¹⁰.

Es importante explicar con claridad la disposición a resolver cualquier duda o preocupación, así como la no transferencia de información a otras personas (sobre todo padres) si el paciente no lo desea. De este modo se consigue crear una relación de confianza mutua y empatía que puede prevenir el desarrollo de problemas psicosociales a corto, medio y largo plazo¹¹⁻¹³.

Claves para la entrevista con adolescentes

- Recibimiento cordial, presentándose al paciente.
- Escucha activa.
- Asegurar la confidencialidad.
- Respetar la intimidad y privacidad del adolescente, preguntando hasta el límite que el paciente decida.
- Preguntas abiertas, empezar hablando sobre temas generales.
- Evitar interrupciones.
- Baja reactividad.
- Transmitir empatía.
- No hacer juicios de valor.
- Utilizar lenguaje sencillo, evitando tanto términos médicos como la jerga juvenil.
- Dar la oportunidad de que el adolescente pregunte sus dudas.
- Tratar al adolescente como una persona adulta, haciéndolo responsable de su salud.

5.1.1. PRESENTACIÓN AL PACIENTE

En el primer contacto con el paciente es conveniente comenzar con un saludo cordial y una presentación tanto al adolescente como a su acompañante, que generalmente serán sus padres.

Se explicará la confidencialidad de la consulta: a excepción de que el paciente exprese su deseo de compartir la información con sus padres o que exista un riesgo para la vida del paciente o de terceras personas, el médico no debería comunicar ninguna información a terceras personas.

Podremos invitar a los progenitores a salir de la consulta para poder hablar con el/la joven en un ambiente privado con el fin de que se sienta tranquilo/a a la hora de expresarse. Para tranquilizar al paciente explicaremos que esta anamnesis es algo habitual en la primera visita con los pacientes de su edad y que el objetivo es conocerse mutuamente para poder realizar una atención integral del mismo. Pueden ser de ayuda explicaciones como: "En la primera consulta con los adolescentes acostumbro a hablar a solas con ellos, pues considero que ya son adultos y hay temas que les resulta complicado compartirlos con sus padres. Además, al dejar atrás la consulta pediátrica es importante que poco a poco vayan responsabilizándose de su salud. Si no les importa ¿podrían esperar fuera un rato mientras hablo a solas con su hijo/a? Luego podrán volver a entrar en la consulta si lo desean." Por lo general los padres responden bien a esta propuesta, y en los casos en los que no están conformes suele deberse a que quieren conocer todos los datos sobre la salud de sus hijos¹⁴.

Se recomienda empezar la entrevista a solas con el adolescente preguntándole sobre sus intereses, cómo le va en el instituto, sus amigos... de este modo se irá creando un clima de confianza para empezar a conocerlo⁶. A continuación, cuando el paciente se haya relajado, se procederá a preguntarle sobre las distintas áreas de su vida que ayuden a conocer su estado psicosocial. Se completará la anamnesis mediante la historia personal (antecedentes personales, intervenciones quirúrgicas, hábitos tóxicos, alergias a fármacos...) y familiares del paciente (en este caso sí que podrá ser útil la información de los padres).

Recuerde... ^{10,15}

- Explicar correctamente en qué consiste la confidencialidad entre el médico y el paciente.
- Evitar tratar al adolescente como un niño, adquiriendo este/a un papel pasivo en la consulta. Es importante ir poco a poco haciendo al joven cada vez más responsable de su salud.

5.1.2. TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN

- **Escucha activa:** Consiste en escuchar al paciente entendiendo lo que quiere comunicar. Para ello se deben evitar las interrupciones, hacer resúmenes periódicamente, mostrar interés por lo que cuenta, etc.^{4,5}.
- **Expresar empatía:** Entender los sentimientos del adolescente sin juzgarlo aumentará su confianza y se sentirá más libre a la hora de hablar de sus problemas.^{4,5}
- **Analizar los problemas que le preocupan:** No debe olvidarse el contexto y los posibles motivos asociados. Es recomendable acompañar y orientar al paciente sin superponer la opinión del médico/a ni recomendarle “qué cosas debe hacer”^{4,5}.
Ciertos comportamientos derivan de problemas no identificados, por lo que al detectar esta situación hay que investigar el entorno y el contexto. Por ejemplo, conviene investigar si un mal rendimiento escolar es consecuencia de un abuso de drogas, bullying, problemas familiares, entre otros.¹⁵
- **Desarrollo de habilidades para la toma de decisiones:** Una herramienta para ayudar al joven a tomar una decisión con la finalidad cambiar una situación difícil es el acrónimo PASTE para desarrollar una toma de decisión (grado de recomendación D)¹⁶:

| PASTE | | |
|----------|--|---|
| P | <i>Problem</i> | Definir el problema |
| A | <i>Alternatives</i> | Analizar las diferentes soluciones ante el problema y hacer una lista de pros y contras. |
| S | <i>Select an alternative</i> | Seleccionar una de las alternativas propuestas. |
| T | <i>Try it</i> | Llevar a cabo el cambio, en este punto puede que los pacientes necesiten que su médico los ayude, guiándolos. |
| E | <i>Evaluate your choice and modify it as needed, or even reselect.</i> | Evaluar la elección y hacer las modificaciones necesarias o en caso de que sea preciso cambiar de estrategia. |

Recuerde... ^{10,15}

- Evitar tomar un papel como aliado de los padres. Es conveniente resaltar las cualidades positivas del adolescente durante la entrevista y felicitarlo por lo que hace bien más que regañarlo por lo que hace mal.
- En lugar de criticar al adolescente por sus comportamientos, es más adecuado desaprobado una actividad. En vez de decir "No debes consumir drogas" es mejor "Las drogas pueden ser peligrosas".
- Evitar culpabilizar al paciente por una conducta o emoción como "¿Por qué no has hecho lo que quedamos?"
- No hacer aseveraciones prematuras como: "Seguro que mejoran tus notas".

5.1.3. COMUNICACIÓN NO VERBAL

El grado de confianza que los pacientes depositan en sus médicos y su satisfacción no solo depende del acto médico, sino que tienen una gran relevancia factores como la personalidad del facultativo, su manera de expresarse o su tono de voz, adquiriendo un papel muy importante tanto en la relación médico paciente como en el resultado de los tratamientos que se lleven a cabo¹⁷. Además, conocer la comunicación no verbal también ayuda a los clínicos a obtener información de los pacientes, llegando a identificar la accesibilidad del paciente respecto a diferentes temas en función de su expresión no verbal¹⁸.

La comunicación no verbal tiene especial importancia en adolescentes, ya que tienden a desconfiar de aquello que se transmite por medio de la comunicación verbal, cobrando mayor relevancia a la hora de depositar su confianza en alguien todo aquello transmitido por medio del lenguaje no verbal. Del mismo modo, es importante reconocer en el paciente las posibles contradicciones entre el lenguaje verbal y no verbal, en estos casos conviene dar más relevancia a este último.

- **Rostro:** Se transmite información no verbal a través de la expresión facial, los gestos, la mirada... La mirada permite conocer la reacción que provoca lo que se está comunicando en el receptor, intuir sus sentimientos y emociones y establecer los turnos de palabra¹⁹.
- **Aspecto físico:** No se puede establecer un aspecto físico adecuado de manera universal, ya que sería diferente en función del medio en que se trabaje y de cada paciente, pero es importante que cada profesional tenga un aspecto físico en concordancia con su personalidad.

Los adolescentes tienden a intentar diferenciarse por su apariencia física. Ciertas cualidades del aspecto físico del paciente pueden hacer que caigamos en el error de los estereotipos, y si se identifican permitirá evitar poner etiquetas al paciente sin conocerlo. A continuación, se exponen algunos ejemplos de errores que se pueden cometer al atribuir ciertas cualidades al paciente:

| Errores de atribución ₂₀ | |
|--|---|
| Apariencia similar a la nuestra | Suscita en nosotros un proceso de identificación. Es más fácil que esta persona nos infunda confianza. |
| Voz grave | Suscita la imagen de autoridad, seguridad en sí mismo. |
| Baja reactividad | También suscita el estereotipo de seguridad. |
| Taquipsiquia, rapidez de reflejos | Suscita el estereotipo de persona inteligente. |
| Repelencia verbal | Un determinado tono de voz (p. ej., muy agudo en el hombre) o cierto amaneramiento en la forma de hablar suscita repulsión, descrédito, o dejar de escuchar atentamente. Muchas personas tienen repelentes verbales que desconocen, con lo cual están a merced de etiquetar negativamente a otras personas meramente por la presencia de un repelente verbal. |
| Repelencia por el olor | Un olor corporal desagradable suscita incomodidad, animadversión. |

- **La proxémica:** Distancia que se ponen entre los interlocutores, el “espacio burbuja” en el que cada uno se siente seguro, la invasión de este espacio genera un sentimiento de indefensión.
- **Quinésica:** Se centra en los movimientos espontáneos del cuerpo, la postura corporal o las expresiones faciales₁₉.
- **Paralenguaje:** Características de la voz, aspectos como la fluidez del habla, el tono, la intensidad o el volumen de la voz.

Incluye el **silencio**, tiende a crear incomodidad en las relaciones sociales cotidianas, pero en la consulta invita a la reflexión sobre la información que se ha expuesto, ayuda a identificar

las emociones y tomar decisiones. Para conseguir este papel de descarga emocional y de las ideas, se aconseja dejar unos segundos de espera entre que el joven contesta y el médico le hace una nueva pregunta.

▪ **Tipos de adolescente^{10,21}:**

Al intentar llevar a cabo un tipo de entrevista más personal, los adolescentes pueden adoptar distintas actitudes, reconocibles por medio de la comunicación no verbal:

- Paciente hermético: No colaborador, que no quiere acudir a consulta y lo han obligado, de manera que decide permanecer callado. Se intentará averiguar el motivo de la consulta, utilizando frases como "Imagino que no te sientes a gusto, pero si me cuentas lo que te ocurre puedo ayudarte".
- Paciente hablador: En ocasiones los pacientes utilizan la verborrea de manera inconsciente como barrera para no afrontar los problemas y luego se arrepienten de lo que han contado, por lo que es aconsejable calmar al joven y esperar a que tenga más confianza con el profesional para que hable sobre aquellos temas más íntimos.
- Paciente agresivo o enfadado: Conviene mantener una actitud firme y relajada, sin responder de manera violenta ni tampoco acobardarse. Es útil conseguir saber el motivo del enfado y, si fuera necesario poner límites. También puede ser de utilidad mostrar los propios sentimientos (*self-disclosure*).
- Paciente escéptico: Suelen ser colaboradores pero que no creen que su médico pueda ayudarles. Es oportuno encontrar algún tema que le preocupe a partir del cual se pueda analizar y buscar soluciones o aclarar dudas.
- Paciente fabulador: Cuenta fantasías, y conviene hallar el inicio de la trama para revelar la realidad.
- Paciente justificativo: Acude a la consulta de manera voluntaria, pero no está interesado en recibir ayuda. Si se encuentra en una situación de riesgo probablemente requerirá que acuda en varias ocasiones a la consulta hasta que sea consciente de su problema.
- Paciente llorón: Puede darse una situación incómoda para el médico, sin embargo, es adecuado mantener el silencio hasta que se calme, tras esto por lo general el paciente se sentirá más relajado y aumentará su confianza hacia el médico.

A continuación, se exponen una serie de características del lenguaje no verbal del paciente y aquello que traduce:

| Todo nos habla del paciente | |
|--|---|
| La manera de entrar en la consulta: | |
| Mirada directa, sonrisa | Cooperador, crea un ambiente cordial |
| Mirada al suelo, rodea la silla | Conducta evitatoria, interés en retrasar el inicio |
| Mirada desafiante, ceño fruncido | Enojo, preocupación extrema |
| El paciente se sienta: | |
| Borde de la silla | Incomodidad, inseguridad, ansiedad |
| Apoltronado | Indiferencia |
| Brazos sobre la mesa (invadiendo espacio burbuja) | Seguridad en si mismo, llamar la atención del clínico |
| Brazos/piernas cruzados | Defensivo, incómodo, desconfianza |
| Ademán de levantarse | Evitación, ganas de acabar |
| Lacio, hipotónico | Triste, depresivo |
| De frente, con brazos y piernas en actitud de apertura | Postura abierta |
| El paciente habla: | |
| Atento, sincrónico | Cooperador |
| Ojos inquietos, falsetes de voz, temblor de voz | Ansiedad |
| Ojos tristes, espiración final frases, "desconexiones" como si rumiara lo que dice | Tristeza |
| Puño cerrado, maseteros en contracción | Enfado |
| Tono de voz monótono | Inseguridad |
| Tono de voz uniforme y modulado | Seguridad, asertividad y confianza |
| Alta reactividad | Actitud dominante |
| El paciente responde a preguntas: | |
| Vacila, se tapa la boca, repite gestos | Inseguridad |
| Signos de ansiedad, microexpresiones de enojo | Desagrado |
| Carraspeo, se toca cuello, lóbulo oreja o nariz | Evitación |

Adaptación de "Todo nos habla del paciente" de Francesc Borrell, 1989²⁰. Grado de recomendación D para analizar cómo se siente el adolescente a partir de la información no verbal que nos ofrece.

5.1.4. TÉCNICAS DE APOYO NARRATIVO

Técnicas que facilitan la verbalización en el paciente:

Los silencios y la baja reactividad, como ya se ha comentado, permiten al paciente meditar sobre lo comentado y ayuda a que siga hablando.

También se pueden utilizar gestos y sonidos reguladores de la conversación, preguntas facilitadoras.

Técnicas que ayudan a elaborar percepciones, emociones o ideas:

- Frases de repetición y respuestas espejo: Repetir lo último que ha dicho el paciente para hacerlo reflexionar sobre ello y centrar la conversación en ese punto. Por ejemplo: "Odio ir al instituto" "¿lo odias?" "Si, no me gusta ir al instituto porque...".
- Preguntas abiertas: Permiten obtener más información que las preguntas cerradas, a pesar de que estas últimas pueden ser útiles para obtener datos concretos. Así mismo, es mejor utilizar preguntas que empiezan por "Qué" o "Cómo" frente a "Por qué", que resultará más intimidante para el paciente.
- Preguntas facilitadoras: Son útiles a la hora de formular preguntas que puedan resultar embarazosas como: "Muchos adolescentes cuando salen de fiesta dicen que es necesario tomar alcohol o drogas para divertirse ¿Qué opinas tú sobre esto?"
- Señalamientos: Señalar a las emociones de los adolescentes mostrando empatía, por ejemplo: "Me da la impresión de que este tema te disgusta."
- Clarificaciones: Pedir que aclare algo de lo que ha dicho para asegurarse de que se ha entendido correctamente.
- Confrontación: Hacerle ver las contradicciones que existen en su discurso o entre lo que dice de manera verbal y lo que se interpreta de su lenguaje no verbal.

5.1.5. ENTREVISTA MOTIVACIONAL PARA EL CAMBIO

La entrevista motivacional se basa en que lo que impide que el paciente empiece a llevar a cabo un cambio es la ambivalencia, y se pretende ayudar al paciente para que sea capaz de resolver dicha ambivalencia. No se pretende persuadir al paciente, sino que se centra en el/la paciente, se trata de explorar sus propias razones a favor y en contra del cambio y reforzar su propia motivación, basándose en la autonomía del paciente (nivel de evidencia 1+) ²²⁻²⁶.

La entrevista motivacional se basa en los siguientes principios²⁷:

- **Expresar empatía.**
- **Desarrollar la discordancia:** Hacer que el paciente sea consciente de las consecuencias que tiene el mal hábito en su vida.
- **No contrariar:** Evitar el debate, examinar los sentimientos del paciente y respetar su autonomía.
- **Apoyar la auto-eficacia:** Mostrar confianza en el paciente.

5.1.6. CONSULTA TELEFÓNICA CON EL/LA ADOLESCENTE^{28,29}

La consulta telefónica se ha convertido en una herramienta fundamental para cualquier Médico/a de Familia, dado el estado de la pandemia por COVID-19. Puede ser útil en el caso de consultas que no requieran valoración presencial, sin embargo, no es la forma más recomendable de llevar a cabo la primera consulta con el/la adolescente. A pesar de ello, en ocasiones será la única manera de llevarla a cabo. Se redactan a continuación una serie de recomendaciones (grado de recomendación D) que, pese a que no son específicas para adolescentes, pueden ser de ayuda en la primera consulta y, en el momento en que sea posible, llevar a cabo una primera consulta presencial.

Antes de realizar la llamada:

- Asegurarse de estar en un entorno tranquilo, sin interrupciones y privado.
- Preparar un papel y un bolígrafo para poder tomar anotaciones de lo que se comente en la consulta.
- Leer la historia clínica del adolescente y mantenerla abierta durante la consulta.

Al contactar con el paciente:

- Si el paciente no responde nunca debe dejarse un mensaje al contestador, dado que podría deberse a un error de número o el mensaje podría ser escuchado por terceras personas, y esto vulneraría la privacidad del adolescente.
- El profesional debe presentarse por su nombre y como el/la médico/a del adolescente.
- Asegurarse de que está hablando con el adolescente.

Comunicación telefónica:

- Dirigirse al adolescente por su nombre, de manera respetuosa.
- Tener en cuenta las habilidades de comunicación mencionadas previamente.

- Con la ausencia de gran parte del lenguaje no verbal es esencial que el lenguaje verbal sea sencillo y claro.
- Prestar especial atención a las características de la voz del paciente.
- Cerciorarse de que el paciente entiende lo que se le ha explicado por medio de preguntas como “¿Entiendes a qué me refiero?” y dándole la oportunidad de preguntar sus dudas.
- Explicar que en las consultas presenciales acostumbra a hacer una serie de preguntas al paciente para conocerlo mejor y que, si le parece bien, se le realizarán estas cuestiones de manera telefónica y, cuando las circunstancias lo permitan, se llevará a cabo una consulta presencial.

Para finalizar la entrevista:

- Exponer al paciente que, ante cualquier problema, puede pedir una cita para hablarlo.
- Proponer un día para llevar a cabo la consulta presencial cuando la situación mejore. De modo que, en el momento de la entrevista presencial el/la médico/a podrá llevar a cabo una entrevista más dirigida hacia los factores psicosociales que se han considerado de riesgo en la consulta telefónica.
- Dejar documentada esta entrevista en la historia clínica.

5.2. AFICIONES⁸

Esta parte de la entrevista se basa en interrogar a los adolescentes a cerca de qué les gusta hacer en su tiempo libre. Ayuda a conocer mejor al paciente, así como a crear un clima de confianza en la consulta. Conviene dejar hablar al joven, que explique en qué consisten sus actividades lúdicas preferidas y facilitar que se sienta progresivamente más seguro.

Aquellos pacientes que hablen a cerca de aficiones, deportes, actividades extraescolares... presentan un menor riesgo de presentar otros factores de riesgo psicosocial que los que simplemente comenten que en su tiempo libre les gusta salir con sus amigos sin describir actividades concretas a las cuales dedican su tiempo.

Ejemplos de preguntas sobre aficiones

¿Qué te gusta hacer en tu tiempo libre? ¿Tienes alguna afición?

¿Qué hacéis tú y tus amigos para divertirlos?

¿Haces algún deporte o alguna actividad extraescolar?

¿Participas en actividades de la iglesia u otras organizaciones?

¿Te gusta leer? ¿Qué tipo de libros?

¿Pasas mucho tiempo viendo la TV/ jugando a videojuegos/ en redes sociales?

¿Qué tipo de música te gusta?

5.3. RELACIONES SOCIALES

Cuando una persona llega a la adolescencia hay un cambio en sus relaciones sociales. En la infancia se ha relacionado principalmente con su familia, y en la adolescencia se da un distanciamiento de los padres para crear vínculos con personas de su misma edad, relaciones de amistad o amorosas. Estos nuevos lazos contribuyen al desarrollo psicosocial de la/el adolescente y a que progresivamente sea cada vez más autónomo/a y menos dependiente de sus progenitores₂.

PrevInfad, grupo de trabajo integrado por el PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud) y la AEPap (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria), recomienda (grado D) recoger información a cerca de la conducta social de los adolescentes con amigos, así como el grado de comunicación y relación que existe con el resto de los miembros de su familia₃₀.

5.3.1. FAMILIA

Cuando un/a hijo/a llega a la etapa de la adolescencia se produce una reestructuración en el papel de la familia, los padres o tutores pasan de proteger y criar a tener que preparar a su hijo/a para adquirir unas responsabilidades y compromisos de cara a la edad adulta₃₁. Los cambios en las relaciones interpersonales contribuyen al desarrollo de la personalidad y de la autonomía, por lo que es importante que los progenitores colaboren dejando que su hijo/a sea cada vez más independiente, a pesar de seguir marcando unas normas como padres₂.

El hecho de que un miembro de la familia se encuentre en esta etapa de su vida no provocará necesariamente una disfunción familiar. Sin embargo, se puede crear una tensión entre los miembros de la unidad familiar que, si se carece de los recursos necesarios para adaptarse a estos cambios en las relaciones familiares y las normas, puede llevar a una crisis familiar y desembocar en una disfunción en el hogar₃₁.

Los conflictos familiares, haber padecido situaciones de maltrato y la falta de confianza o comunicación con los adultos son factores de riesgo para desarrollar otros problemas psicosociales, mientras que son factores protectores una buena comunicación con los padres, compartir tiempo en familia y tener responsabilidades en casa adecuadas a su madurez₈.

Ejemplos de preguntas para explorar el ambiente familiar

¿Con quien vives?

¿Cómo es tu relación con ellos? ¿Te llevas bien con tus hermanos?

¿Dónde vives? ¿Siempre has vivido en el mismo sitio?

¿Ha habido algún cambio en casa recientemente?

¿A quién acudirías si tuvieras un problema?

¿Qué hace tu familia para divertirse?

En la adolescencia los jóvenes soléis querer salir con amigos y muchas veces las normas que imponen los padres generan conflictos en casa ¿Discutes con tus padres por este motivo?

¿Cuál es el principal motivo de discusión con tus padres?

¿Cuáles son tus obligaciones en casa? ¿Las cumples?

Para evaluar más profundamente la función familiar si se detecta algún problema, se pueden utilizar varias herramientas₄:

- **Genograma:** Elaborar un árbol genealógico de la familia del adolescente. Permite (nivel de evidencia 2+) conocer la familia del paciente y detectar situaciones estresantes, localizar la causa de un problema, etc. En el anexo 1 se expone una guía para la elaboración de un genograma.
- **Test de Apgar familiar:** Prueba fácil y rápida de realizar para valorar la percepción del adolescente sobre la función familiar y los posibles conflictos entre los familiares (grado de recomendación D). Se adjunta el Test de Apgar familiar en el anexo 2₃₂.

5.3.2. AMISTADES

En el proceso de búsqueda de la propia identidad en adolescentes tiene una gran importancia el grupo de iguales con quienes se relacionan, ejerciendo una gran influencia sobre el/la joven, máxima en la adolescencia media. Las nuevas amistades ayudan al paciente a resolver una situación estresante con mayor facilidad y ayudan en el proceso de búsqueda de una identidad propia₂.

Conviene preguntar a cerca del grupo de amigos con quienes se relaciona el/la paciente y que cuente cosas sobre estas personas para asegurar que el paciente tiene un apoyo social (grado de recomendación D). En el caso de que exponga que ha experimentado cambios recientes en su grupo de amistades es apropiado indagar en los motivos de este cambio y cómo se ha sentido al respecto₈.

Ejemplos de preguntas para evaluar las amistades del/de la paciente

¿Con quién te gusta pasar tu tiempo libre?

Cuéntame un poco más de tus amigos del colegio. ¿Cómo se llaman? ¿Qué aficiones tienen?

¿Hace cuánto que sois amigos?

¿Te sientes valorado/a por tus amigos?

5.3.3. RELACIONES AMOROSAS

Las relaciones de amistad durante la adolescencia pueden convertirse relaciones románticas, que suelen ser cortas y poco íntimas al inicio de la adolescencia. A medida que pasan los años estos noviazgos pasan a ser más íntimos y prolongados en el tiempo. Durante este tiempo se dan frecuentemente las primeras relaciones sexuales, aunque no es necesario que exista una relación romántica para el inicio de estas últimas³³. Estos vínculos amorosos y relaciones sexuales pueden darse tanto entre personas del mismo sexo como de distinto sexo, la orientación sexual se descubre por medio de diferentes experiencias durante la adolescencia, aunque puede cambiar a lo largo de la vida³⁴.

En los adolescentes que tengan pareja conviene cerciorarse de que se trata de una relación sana, segura, satisfactoria, en igualdad y sin comportamientos sexistas. Las relaciones amorosas positivas ayudan a los adolescentes a aprender a regular e integrar sus emociones y a desarrollar habilidades de resiliencia que les permiten afrontar situaciones difíciles. Un vínculo romántico positivo es recíproco, permite al adolescente abrirse emocionalmente, invierten tiempo y recursos emocionales, integran a la pareja en su red afectiva y comparten una intimidad libremente. Por el otro lado, estos vínculos pueden ser negativos si existen inseguridades y celos, incapacidad para mostrar afecto a la pareja, necesidad constante de validación del afecto o una de las personas se siente forzada a la hora de intimar³⁵.

Ejemplos de preguntas para evaluar las relaciones amorosas del/la paciente

¿Tienes pareja? ¿Cómo se llama? ¿Cómo es/era vuestra relación?

¿Qué hacéis cuando estáis juntos?

¿Te sientes bien estando con él/ella?

¿Es celoso/a? ¿Y tu? ¿Crees que los celos son buenos? ¿Habéis discutido por esto?

¿Has tenido otras parejas? ¿Cómo eran?

5.4. EDUCACIÓN₈

El instituto es una parte muy importante de la vida de las y los adolescentes, tanto a nivel social como formativo. Debemos indagar sobre sus notas actuales y previas, empeoramiento de sus calificaciones y los motivos identificables, etc. Todo cambio podría revelar algún problema subyacente.

Conviene conocer su interés por las materias que se imparten en el instituto o si tiene algún otro tipo de formación externa a la escuela que le resulte más interesante. Ligado a esto, se preguntará sobre sus planes de futuro, en qué sector le gustaría trabajar, si quiere seguir formándose cuando acabe la enseñanza obligatoria, etc.

En el caso de pacientes que presenten un mal rendimiento académico se debería evaluar el nivel de absentismo escolar, ya que muchos de ellos, como consecuencia de su bajo interés por las materias impartidas, deciden dejar de ir al instituto y esto contribuye a que sus notas empeoren.

Ejemplos de preguntas sobre educación y los objetivos del/la adolescente

Cuéntame cómo te va en el instituto.

¿Cuáles son tus asignaturas preferidas?

¿Y las que menos te gustan?

¿Qué notas sacas? ¿Siempre has sacado las mismas notas?

¿Alguna vez has repetido curso?

¿Te han expulsado en alguna ocasión?

¿Has cambiado de escuela?

¿A qué te gustaría dedicarte en un futuro? ¿Sabes qué tipo de formación requieren estos objetivos?

5.4.1. ACOSO ESCOLAR O BULLYING

“El **acoso escolar o bullying** es un comportamiento repetitivo de hostigamiento, intimidación y exclusión social de la víctima con la intención de hacerle daño, en que existe un desequilibrio de poder o de fuerzas y que implica diversas formas de violencia física, psicológica o verbal. Suelen hacerse en momentos en los que no hay ningún adulto presente.”³⁶.

En muchas ocasiones este tipo de violencia entre iguales se da en los centros educativos, pero puede llegar a convertirse en un acoso constante mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC), lo que pasaría a llamarse **ciberacoso o cyberbullying**³⁷.

Se trata de un comportamiento muy habitual, según el estudio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) de 2014 en España un 9,3% de los estudiantes de ESO españoles consideran que han sufrido acoso y un 6,9%, ciberacoso³⁸. Muchos de los adolescentes no consideran que el hecho de sufrir acoso sea un problema que pueden consultar con su médico/a³⁷, de modo que es importante que este/a sepa identificar situaciones de riesgo y que pregunte activamente al paciente a cerca de este tema.

Desde Medicina de Familia se pueden llevar a cabo una serie de medidas preventivas (recomendación D)⁴:

| Prevención primaria |
|--|
| Identificar factores de riesgo de sufrir acoso o acosar a otros. Fomentar el respeto, la igualdad y la no violencia en los pacientes adolescentes. |
| Prevención secundaria |
| Explorar por medio de la entrevista con los adolescentes la posibilidad de que estén sufriendo acoso y estar alerta para detectar los signos que hagan sospechar de esto. |
| Prevención terciaria |
| Hacer ver al paciente que no es el culpable del acoso recibido, ya que nunca está justificada la violencia. Permitir que hable de su problema y que exprese cómo se siente. Ayudarlo a desarrollar estrategias para afrontar la situación. Indagar a cerca de apoyo social por parte de familiares o amigos. Examinar su estado psicológico y valorar si necesita ayuda de un/a psicólogo/a. Si la médica es la primera persona que conoce esta situación, debe comunicarlo a los padres y al centro donde estudia el/la adolescente. Deberán aplicarse los protocolos existentes en el centro para este tipo de casos y ponerse en contacto con los Servicios Sociales. |

Ejemplos de preguntas para evaluar el riesgo de sufrir bullying

¿Te gusta ir al instituto?

¿Cómo te llevas con tus compañeros de clase? ¿Y con los profesores?

Si tuvieras un problema ¿hay algún/a profesor/a a quien sientes que podrías acudir?

¿Hay alguien en el instituto con quien no te lleves bien?

¿Hay algún compañero que te haga sentir mal?

5.5. ADICCIONES

La adolescencia es una etapa en la que los jóvenes experimentan con nuevas sensaciones, y en la que existe un alto riesgo de consumo de sustancias y de tener comportamientos que son potencialmente adictivos o que puedan conllevar problemas para su salud³⁹.

En la adolescencia se pueden dar conductas adictivas por un desbalance entre dos sistemas^{4,40}:

- **Deseo por consumir la sustancia:** La influencia social por parte de amigos, familia, medios de comunicación... puede provocar una normalización del consumo o unas expectativas positivas respecto a este, lo cual incita al adolescente a consumir.
- **Sistema de regulación:** Se basa en la capacidad del joven para inhibir la apetencia mencionada previamente y su motivación para hacerlo.

Aumentar las expectativas negativas sobre comportamientos adictivos tiene un efecto inhibitor tanto a la hora de iniciar el consumo como para aumentar la motivación para abandonar el hábito. Es fundamental destacar las consecuencias negativas del hábito en los campos que más preocupen al adolescente. Por ejemplo, a la hora de abandonar el hábito tabáquico se puede hacer referencia a las manchas en los dientes, el menor rendimiento deportivo o al mal aliento, que son efectos más a corto plazo y que preocupan más a estos jóvenes que el aumento de predisposición a cáncer de pulmón o EPOC a largo plazo⁴.

Existen ciertos factores de riesgo y protectores que permiten identificar a aquellos/as adolescentes con predisposición a consumir estas sustancias^{25,41}.

| Biología y genética |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • <u>Factores de riesgo:</u> Antecedentes familiares de abuso de drogas y alcohol, antecedentes familiares y personales de trastornos de salud mental. • <u>Factores protectores:</u> Alta inteligencia, salud adecuada. |
| Ambiente social a nivel micro (familia y amigos) |
| <ul style="list-style-type: none"> • <u>Factores de riesgo:</u> Bajo nivel socioeconómico y educativo de los padres, baja integración familiar o conflicto entre familiares, adolescente poco valorado por parte de su familia, inestabilidad socio-laboral, padres muy permisivos, consumo en el grupo de iguales. • <u>Factores protectores:</u> Alto nivel educativo de los padres, cohesión familiar, imagen positiva del adolescente en su familia, supervisión y control, ausencia de consumo en el grupo de iguales. |

Ambiente social a nivel meso (barrio y colegio)

1. Factores de riesgo: Disponibilidad de alcohol, tabaco o drogas en el entorno, normalización del consumo, consumo alto en la comunidad,
2. Factores protectores: Dificultad para acceder al alcohol tabaco o drogas, baja aceptación del consumo, implicación de la comunidad para inculcar conductas saludables en los adolescentes.

Personalidad y conducta

- Factores de riesgo: Inseguridad, baja autoestima, actitud de rechazo hacia la autoridad, bajo compromiso con la escuela, creencias positivas hacia el consumo de estas sustancias, género masculino, escaso autocontrol, pocas habilidades para relacionarse, alta autoestima social (jóvenes que consideran que tienen facilidad para hacer amigos), aspiraciones y expectativas bajas.
- 3. Factores protectores: Seguridad, género femenino, asertividad, autosatisfacción con sus logros, autocontrol, recompensas por implicación en la escuela, habilidades para relacionarse, participación en actividades comunitarias (grupos deportivos, culturales, eclesiásticos...), valores normativos, aspiraciones y objetivos a largo plazo.

Se recomienda llevar a cabo un cribado a cerca del uso de sustancias en adolescentes y registrarlo en la historia clínica, y un consejo breve tanto en los/las adolescentes que han iniciado el consumo de sustancias tóxicas como aquellos que no lo han hecho al menos una vez al año. El grado de recomendación de estas intervenciones es mayor en adultos que en adolescentes (grado A y D respectivamente), sin embargo, se considera que los beneficios de llevar a cabo esta anamnesis e intervención breve superan a los riesgos_{4,2}. Los jóvenes que tengan un consumo ocasional o regular pueden ser tratados desde Atención Primaria, mientras que aquellos con un consumo abusivo o que presenten dependencia conviene derivarlos a centros especializados_{4,1}.

Si se detecta que el/la adolescente consume alcohol, tabaco u otras drogas es aconsejable programar una consulta para profundizar a cerca de este tema, en la cual se pretende averiguar y dejar plasmado en la historia clínica lo siguiente (grado de recomendación D)_{25,41}:

- **¿Qué tipo de consumo presenta?**
 - ¿Con qué frecuencia consume? Ocasionalmente, habitualmente, diariamente...
 - ¿Con qué finalidad? Experimental, con una finalidad (socializar, pertenecer a un grupo...), para aliviar síntomas de abstinencia...
 - ¿En qué contexto? Cuando sale con sus amigos, en el colegio, en casa...

- **Conocimientos previos del paciente a cerca de la sustancia que consume.** Conviene corregir las falsas creencias que presente y ampliar la información.
- **¿Presenta un trastorno por consumo de sustancias?**
 - No: Aconsejar al adolescente a cerca de la sustancia y conseguir una buena relación médico-paciente para poder llevar a cabo un seguimiento del consumo.
 - Si (cumple los criterios diagnósticos del DSM-V del trastorno por consumo de la sustancia): Conviene llevar a cabo una entrevista motivacional para llevar a cabo un cambio.

5.5.1. ALCOHOL

Según el informe de 2020 del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, el alcohol es la droga legal más consumida entre los jóvenes entre 14 y 18 años, el 77,9% de los jóvenes lo había consumido alguna vez, y la edad media de inicio en el consumo fueron los 14 años. Además, el patrón de consumo más frecuente es un consumo intensivo (borracheras o *bringe drinking*), siendo el tipo de bebida más consumido los combinados (29,0%), seguido de la cerveza (24,2%) y de los licores fuertes (14,3%)⁴³.

En la sociedad actual hay en general una baja percepción del riesgo que puede conllevar el consumo de alcohol en los adolescentes. Se trata de la droga cuyo consumo está más aceptado entre los adultos, de modo que se transmite a los adolescentes la idea de que no supone un riesgo y que es una parte más de las celebraciones⁴⁰. Todo esto dificulta la tarea del/de la Médico/a de Familia a la hora de prevenir o tratar el consumo abusivo de alcohol en los jóvenes.

Para empezar a investigar sobre el consumo de alcohol en el/la adolescente es recomendable comenzar preguntando por el consumo en su grupo de amigos y a continuación sobre si él mismo bebe alcohol, abordando el tema desde una perspectiva sanitaria, no moral, sin que el paciente se sienta juzgado.

5.5.2. TABACO

Según el informe de 2020 del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, de entre los adolescentes entre 14 y 18 años un 41,3% ha probado el tabaco alguna vez. La edad media de inicio del consumo de tabaco se sitúa en 14,1 años. Los motivos que alegan estos/as adolescentes son que piensan que el consumo de tabaco durante unos años en la adolescencia no es dañino para su salud y ven en el hecho de fumar beneficios como que los hace parecer más adultos o sociables, los ayuda a controlar el peso, lo consideran relajante, les gusta, etc.⁴³.

Para la anamnesis sobre el consumo de tabaco se propone (recomendación D) un método basado en el acrónimo de las "5 A"^{44,45}:

| | |
|----------------|---|
| <i>Ask</i> | Interrogar a cerca del consumo de tabaco. |
| <i>Advise</i> | Aconsejar en contra del consumo de tabaco. |
| <i>Assess</i> | Averiguar la actitud hacia el cambio. |
| <i>Assist</i> | Ayudar de forma técnica y precisa para el cese del consumo de tabaco. |
| <i>Arrange</i> | Establecer unas pautas de seguimiento y procedimientos de actuación ante posibles recaídas en el consumo. |

5.5.3. OTRAS DROGAS

Según el informe de 2020 del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, el cannabis es la droga ilegal más consumida entre los adolescentes españoles, un 33,0% de los jóvenes entre 14 y 18 años confiesa haber consumido cannabis en alguna ocasión, con una edad media de inicio del consumo de 14,9 años. Por detrás del cannabis se sitúan los hipnosedantes sin receta, la cocaína, el éxtasis, los alucinógenos y las anfetaminas. Las prevalencias de consumo de nuevas sustancias psicoactivas entre adolescentes son por lo general más bajas, y más de la mitad de los jóvenes encuestados nunca ha oído hablar de estas sustancias⁴³.

Hay algunas señales que deben hacer sospechar al/a la Médico/a de Familia de que el/la paciente consume drogas, como son^{4,41}:

| Signos físicos | Conductas/ Signos psicológicos |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso. • Hipertensión. • Ojos rojos. • Irritación nasal. • Ronquera. • Tos crónica. • Hemoptisis. • Sibilancias. • Hepatomegalia. • Huellas de punción con agua. | <ul style="list-style-type: none"> • Cambios de humor inesperados. • Toma de riesgos. • Depresión. • Reacción de pánico. • Psicosis aguda. • Paranoia. • Problemas con sus compañeros/ familia. • Robo. • Promiscuidad. • Problemas legales. |

| Hábitos personales | Rendimiento académico |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Modificación de los patrones de sueño. • Usa incienso, ambientadores o perfumes para esconder olores. • Usa de lenguaje “en clave” con sus amigos. • Pide dinero prestado más frecuentemente. • Cambios en su círculo de amistades. • Accesorios relacionados con las drogas (pipas, papeles para enrollar cigarros, bolsas de papel, trapos para inhalar, etc.) • Usa gotas para los ojos (para disimular los ojos rojos o pupilas dilatadas). • Usa enjuagues bucales o caramelos de menta (para disimular el aliento). • Desaparición de medicamentos. | <ul style="list-style-type: none"> • Bajada en el rendimiento escolar. • Falta a la escuela. • Alteraciones de la memoria a corto plazo. • Juicio inadecuado. • Problemas con los profesores. • Suspensos en las asignaturas. • Expulsión. |

Ejemplos de preguntas para evaluar el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas

Mucha gente de tu edad bebe alcohol o fuma ¿Hay gente a tu alrededor que lo haga? ¿Tus amigos lo hacen? ¿En qué situaciones?

¿Alguien en tu familia bebe alcohol o fuma? ¿Algún familiar ha tenido problemas con el alcohol u otras drogas?

¿Y tú lo has probado?

¿Has probado alguna vez otro tipo de droga?

¿Qué tomáis tú y tus amigos una noche normal cuando salís?

¿Alguna vez tomáis otras cosas?

¿Piensas que es necesario beber alcohol para pasarlo bien cuando sales de fiesta?

¿Cuál crees que es la parte positiva de beber alcohol/fumar/consumir otras sustancias? ¿Y la negativa?

¿Alguna vez has bebido o tomado otras drogas estando solo?

¿Has tenido alguna mala experiencia con el consumo de estas sustancias?

¿Te has planteado alguna vez dejar de beber/fumar/consumir?

5.5.4. JUEGOS DE AZAR⁴⁶

En los últimos años se ha incrementado el número de jóvenes que tienen problemas con las apuestas y los juegos de azar. El hábito del juego entre estas personas se ha incluido en un patrón de ocio normalizado, muchos grupos de adolescentes han integrado las apuestas y los juegos de azar en su rutina de ocio de los fines de semana, convirtiéndose en un elemento de integración en el grupo de iguales. Además, en muchas ocasiones se asocia al consumo de alcohol.

En el caso de juegos como el póquer o las apuestas deportivas, en que no sólo interviene el azar sino también la habilidad del jugador, el hecho de que un adolescente destaque en estos juegos entre sus amigos supone un refuerzo de cara a la consolidación de este tipo de hábitos.

Ejemplos de preguntas para evaluar el riesgo de desarrollar ludopatía

Muchas personas de tu edad juegan a juegos de azar o participan en apuestas deportivas

¿Qué opinas a cerca de esto?

¿Has participado alguna vez en apuestas deportivas?

¿Has jugado a juegos de azar? ¿Consideras que se te dan bien?

¿Crees que se puede ganar dinero gracias a esto?

5.6. NUTRICIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA

Una dieta variada rica en frutas y verduras y un nivel adecuado de actividad física reduce de manera importante la probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 y algunos tipos de cáncer, como el de colon o mama⁴⁷.

Pese a que no existe evidencia suficiente para recomendar de manera sistemática una alimentación adecuada y actividad física regular en personas asintomáticas en atención primaria, se recomienda recoger información y ofrecer consejos de salud a cerca de una alimentación saludable y actividad física a los adolescentes (recomendación D)^{30,47}.

5.6.1. NUTRICIÓN

Con la llegada a la adolescencia tienden a empeorar los hábitos alimentarios de los jóvenes, disminuyendo el consumo de fruta y verdura y aumentando el de dulces y bebidas azucaradas. Como consecuencia de estos malos hábitos alimenticios un 17% de la población adolescente en España presenta sobrepeso u obesidad según el estudio HBSC de 2014 en España³⁸.

Recomendaciones PrevInfad (AEPap/PAPPS) sobre los consejos de salud a cerca de su alimentación para adolescentes³⁰

- Dieta variada y equilibrada que incluya alimentos de todos los grupos.
- Limitar los alimentos y bebidas de alto contenido calórico y bajo en nutrientes.
- Aplicar los principios anteriores, tanto cuando se come en casa, como cuando se come fuera del hogar.
- Evitar las restricciones excesivas de alimentos.
- Estimular el desayuno a diario.

Ejemplos de preguntas para evaluar la alimentación de los adolescentes

- ¿Cómo crees que es una dieta saludable? ¿Crees que tu dieta es saludable?
- ¿Realizas 5 comidas al día?
- ¿Comes fruta y verdura todos los días?
- ¿Comes de todo? ¿Hay algún grupo de alimentos que no te guste?
- ¿Comes mientras ves la TV, el móvil o el ordenador?

5.6.2. ACTIVIDAD FÍSICA

La OMS recomienda 60 minutos de actividad física diaria de moderada a elevada intensidad en adolescentes^{4,8}, según el estudio HBSC de 2014 en España sólo un 24,4% de los adolescentes de España alcanzan este mínimo de ejercicio físico recomendado, siendo menor este porcentaje entre la población femenina. Además, estos jóvenes dedican muchas horas a actividades sedentarias como ver la televisión, vídeos, jugar a videojuegos y el empleo de aparatos electrónicos para tareas escolares, redes sociales, navegar por internet³⁸. Se recomienda proponer a los adolescentes disminuir este tiempo invertido en tareas sedentarias a menos de dos horas diarias (recomendación D)^{4,30}.

Ejemplos de preguntas para evaluar el ejercicio físico

- ¿Te gusta hacer deporte?
- ¿Cuánto ejercicio físico haces a la semana?
- ¿Qué te gusta hacer en tu tiempo libre? ¿Tienes alguna afición?
- ¿Haces algún deporte o actividad extraescolar?
- ¿Pasas mucho tiempo viendo la TV/ jugando a videojuegos/ en redes sociales?

5.6.3. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

La necesidad de aprobación social, la preocupación por la imagen corporal y la influencia del modelo estético corporal de las adolescentes las hace especialmente vulnerables a padecer un TCA⁴⁹. Según el estudio HBSC de 2014 en España, la satisfacción de los adolescentes españoles con respecto a su imagen corporal es baja, sobre todo en las mujeres. Más del 15% de estos/as jóvenes está haciendo dieta para controlar su peso, y de quienes no lo hacen, más del 21% considera que debería perder peso³⁸.

Signos y síntomas que hacen sospechar un TCA⁴

- Obsesión por la delgadez.
- Obsesión por comer menos o por hacer mucho ejercicio.
- Cambios de conducta.
- Pérdida importante de peso o IMC<18.
- Negativa a alimentarse.
- Exploración física: Caries, aftas, lanugo, trastornos asociados a la desnutrición.
- Síntomas: Distensión, dolor abdominal, astenia, cefalea, amenorrea.

También es importante conocer la **vigorexia o dismorfia muscular**, a pesar de no clasificarse como TCA, consiste en la obsesión por el físico y una distorsión de la imagen corporal. Es un trastorno más común en varones, los cuales se ven a si mismos delgados y débiles y llevan a cabo conductas para aumentar la masa muscular como el ejercicio físico o el consumo de sustancias. Debe sospecharse en adolescentes que manifiesten insatisfacción por su cuerpo, perfeccionismo y obsesiones por conseguir el físico deseado₄.

Ejemplos de preguntas para evaluar el riesgo de presentar un TCA

Entre la gente joven en ocasiones se da mucha importancia a la apariencia física y la delgadez ¿Qué opinas sobre esto?

¿Cómo te sientes con tu cuerpo? ¿Qué te gusta y qué no?

¿Has tenido cambios de peso importantes últimamente?

¿Cómo te sentirías si ganaras/perdieras 5 kg?

¿Has hecho dieta alguna vez? ¿Cada cuanto haces dieta? ¿Alguien más lo hace en casa?

¿Cómo son esas dietas?

¿Alguna vez has hecho algo más para controlar tu peso?

¿Te preocupa tu peso?

¿Alguna vez has sentido que comes sin control?

5.7. SALUD MENTAL

5.7.1. DEPRESIÓN

Por medio de la entrevista clínica se pueden identificar distintos factores de riesgo y comportamientos que deben hacer sospechar que el/la paciente padece depresión y en aquellas personas que los presenten se debería explorar más a fondo este campo en una consulta programada para poder confirmar o descartar el diagnóstico y dar un tratamiento adecuado.

La depresión en adolescentes se manifiesta más frecuentemente con síntomas como^{49,50}:

- Irritabilidad o agresividad.
- Apatía o tristeza.
- Desesperanza.
- Bajo rendimiento escolar y falta de concentración.
- Aislamiento y descuido del aseo personal.
- Empeoramiento de las relaciones con familiares y amigos.
- Puede manifestarse por medio de síntomas somáticos como cefaleas, dolores musculares, cansancio, dolor abdominal, etc.

La depresión en la adolescencia se puede asociar a comorbilidades como abuso de sustancias, TCA, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno negativista desafiante.

Factores de riesgo de presentar depresión en la adolescencia (nivel de evidencia 3)⁵¹

Factores de vulnerabilidad:

- Factores genéticos.
- Historia de trastorno afectivo en los padres.
- Sexo femenino.
- Edad post-puberal.
- Antecedentes de síntomas depresivos.
- Antecedentes de abuso físico y/o sexual en la infancia.
- Afectividad negativa.
- Pensamientos de tipo rumiativo.
- Homosexualidad.
- Disforia de género.
- Problemas crónicos de salud.

Factores de activación:

- Conflictos conyugales.
- Desestructuración familiar.
- Acoso.
- Situaciones de abuso físico, emocional o sexual.
- Consumo de tóxicos.

Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y adolescencia. Adaptación de los factores de riesgo de depresión mayor infanto-juvenil de NICE.

Es importante detectar precozmente una depresión mayor en adolescentes porque se asocia a otros factores de riesgo psicosocial, a trastorno bipolar y es uno de los principales factores de riesgo de suicidio en adolescentes⁵⁰.

5.7.2. CRIBADO DEL RIESGO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES

No existen herramientas de cribado del riesgo de suicidio fáciles de aplicar en Atención Primaria y validadas en la población adolescente española, sin embargo, se trata, según la OMS de la segunda causa de muerte entre los adolescentes de entre 15 y 29 años. Por ello es importante ser capaz de detectar los síntomas de depresión y factores de riesgo de presentar conducta suicida⁴⁷.

Los factores que se asocian a un mayor riesgo de presentar conductas suicidas con un alto nivel de evidencia son los siguientes:

| Factores de riesgo elevado de presentar conducta suicida (nivel de evidencia 2+) ⁵² | |
|--|--|
| Amistades | Salud mental |
| <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social. • Red social en que se tiende a fomentar la expresión de angustia, la gravedad percibida y las respuestas drásticas. • Intentos de suicidio en amigos. • Amigos que han fallecido por suicidio. • Fallecimiento de algún/a amigo/a o pareja. | <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno del estado de ánimo, tristeza, depresión, desesperanza o problemas de conducta. • Intento de suicidio previo. • Ideación suicida. • Problemas de autoestima. • Eventos estresantes. • Antecedentes de negligencia emocional o de abusos. • Conflictos con otras personas. • Poca capacidad de ajuste psicosocial. |

| Familia | Educación |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Distanciamiento con los padres. • Divorcio de los padres en que se ha perdido el contacto con alguno de ellos. • Escasas actividades en familia. • Conflictos con sus padres o hermanos. • Historia familiar de problemas de conducta o afectivos, patología psiquiátrica o abuso de sustancias. • Falta de apoyo en su familia. • Los padres no satisfacen las necesidades básicas de su hijo/a. • Intentos de suicidio en familiares. | <ul style="list-style-type: none"> • Bajo rendimiento en el instituto. • Suspende o repetir curso. • Ausentismo escolar. • Menores éxitos escolares en comparación a otros estudiantes. • Menos tiempo dedicado al estudio que otros estudiantes. • Expulsión del instituto. • Problemas de disciplina. • No tener expectativas de ir a la universidad. • Socializar poco en el instituto. • Problemas relacionados con el instituto. |
| Adicciones | Relaciones amorosas |
| <ul style="list-style-type: none"> • Abuso de sustancias. | <ul style="list-style-type: none"> • Ruptura de una relación amorosa. |

Ejemplos de preguntas para evaluar el riesgo de sufrir depresión y de suicidio

¿Sueles tener problemas para dormir?

¿Te sientes más triste o lloras más de lo habitual? ¿Qué haces cuando te sientes así?

¿Sientes que ya no te apetece hacer cosas que antes disfrutabas?

¿Has utilizado fármacos, alcohol o drogas para sentirte mejor? ¿Has planeado algo al respecto?

¿Has pensado alguna vez en hacerte daño a ti mismo/a? ¿Has llegado a hacerlo para sentirte mejor?

¿Has pensado que la vida no vale la pena?

¿Has pensado alguna vez en dormirte y no volver a despertar?

¿Has tenido pensamientos sobre el suicidio? ¿Has llegado a planearlo?

¿Cuándo tuviste este tipo de pensamientos por última vez? ¿Cómo te sientes ahora sobre esto?

5.8. SEXUALIDAD

Según el estudio HBSC de 2014 en España un 35,6% de las chicas y chicos de entre 15 y 18 años ha mantenido relaciones sexuales coitales. El método anticonceptivo más utilizado es el preservativo (79,6%), seguido de la píldora anticonceptiva (15,4%), y un 8% de estos jóvenes han practicado en alguna ocasión la "marcha atrás"³⁸.

Programas de educación sexual en las escuelas como el "Programa de intervención en Educación Sexual" (PIES) en la Comunidad Valenciana intentan aportar a los adolescentes información adecuada sobre la sexualidad para evitar que se creen estereotipos irreales y, como consecuencia, problemas al inicio de las relaciones sexuales. El/la Médico/a de Familia también puede ser fuente de información para que estos adolescentes tengan un adecuado desarrollo sexual, despejar sus dudas y miedos, promover las relaciones sanas y satisfactorias, en igualdad entre géneros, y llevar a cabo estrategias de prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados^{30,53}.

Los objetivos de la entrevista sobre la salud sexual de los adolescentes que acuden a la consulta de Atención Primaria son (grado de recomendación D)⁴:

- Identificar la actividad sexual.
- Conocer los conocimientos y habilidades del adolescente.
- Cerciorarse de que el/la adolescente conoce los métodos para reducir los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual.
- Mejorar la calidad de las relaciones sexuales de los adolescentes.
- Resolver sus dudas.

Se considera que estas conductas sexuales son maladaptativas cuando no se utilizan métodos anticonceptivos, se bebe alcohol o se consumen otras sustancias previamente a la relación sexual o no se utilizan métodos de barrera para prevenir ETS (enfermedades de transmisión sexual) en el sexo oral³³.

5.8.1. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS) Y EMBARAZO NO DESEADO

Durante la entrevista conviene evaluar el riesgo de padecer enfermedades de transmisión sexual (ETS) o un embarazo no deseado, así como valorar los conocimientos de la adolescente sobre su prevención, asegurando que tenga toda la información adecuada.

PrevInfad (AEPap/PAPPS) recomienda (grado de recomendación D) los siguientes consejos sobre prevención de ETS y anticoncepción en adolescentes³⁰:

| No se ha iniciado la actividad sexual | Se ha iniciado la actividad sexual |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar que conoce los medios para prevenir embarazos no deseados y ETS. • Informar sobre los recursos locales, sanitarios y comunitarios. | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar comportamientos y prácticas de riesgo. • Valorar la utilización correcta de protección y anticoncepción. • Consejo adaptado al riesgo, conocimientos, habilidades y actitudes. • Si está indicado, recomendar anticoncepción (incluida anticoncepción general y de emergencia) o derivar a centro de planificación. • Valorar, según riesgo individual, la realización o derivación para cribado de clamidia y otras ETS. |

5.8.2. IDENTIDAD DE GÉNERO

El género de una persona es el conjunto de características que se le atribuyen en función de su sexo, pero en ocasiones el género con el que se siente identificada una persona y el sexo con el que ha nacido no se corresponden. Esta identificación con un género u otro es lo que se conoce como identidad de género, que puede ser cisgénero o transgénero⁵⁴. La adolescencia es el momento en que se consolida la identidad de género, a pesar de que su desarrollo se inicia a una temprana edad⁵⁵.

5.8.3. ORIENTACIÓN SEXUAL

La orientación sexual de una persona es la atracción erótica, sexual o amorosa que siente hacia otras personas en función de su género o identidad de género, no en función de su sexo biológico. No debe confundirse la orientación sexual de alguien con su identidad de género. En función de la orientación sexual se habla de homosexuales (gays y lesbianas), heterosexuales y bisexuales⁵⁴.

En el caso de los adolescentes es importante utilizar términos de género neutral hasta que haya expresado sus preferencias, tanto en referencia a su identidad de género como a la hora de

preguntar por sus relaciones amorosas o sexuales⁴. Conviene conocer la orientación sexual de los pacientes a la hora de dar información sobre la prevención de enfermedades de transmisión sexual, asumir la heterosexualidad podría conllevar errores diagnósticos.

5.8.4. CRIBADO DE VIOLENCIA SEXUAL

En la entrevista sobre sexualidad deben considerarse como señales de alarma de violencia sexual los siguientes comportamientos⁵⁶:

- Erotización en las interacciones: Parece que quiere seducir a los demás, buscando contacto sexual, exhibiendo sus genitales o preguntando por la vida sexual.
- Utiliza la fuerza física o la manipulación psicológica para que los otros adolescentes participen en los juegos sexuales.
- Promiscuidad.
- Prostitución.
- Excesiva inhibición sexual: Muestra desinterés, rechaza o evita hablar sobre su propia sexualidad.

Si un paciente muestra estas características se recomienda evitar regañarle por esto y la excesiva reacción emocional, y ante la sospecha de violencia sexual en un menor se deberá informar sobre esto al Servicio de Protección de Menores.

Ejemplos de preguntas sobre sexualidad

En la adolescencia mucha gente empieza a experimentar con las relaciones sexuales ¿Cómo te sientes con respecto a este tema?

¿Sabes lo que son las ETS y cómo se previenen?

¿Conoces los diferentes métodos anticonceptivos? ¿Cuál usas? ¿Lo utilizas siempre? ¿Estás contento/a con este método?

¿Te gustan los chicos, las chicas o ambos?

¿Alguna vez te has sentido presionado/a a tener algún tipo de contacto sexual? ¿Alguien te ha hecho sentir incómodo/a en este aspecto?

¿Cuántas parejas sexuales has tenido?

¿Alguna vez has estado embarazada o has pensado que podrías estarlo?

¿Alguna pareja ha estado embarazada o habéis pensado que podría estarlo?

¿Alguna vez has tenido una ETS o has pensado que podrías tenerla?

6. ALGORITMO PRÁCTICO DE LA GUÍA

Se ha elaborado un algoritmo práctico con las preguntas básicas de cada uno de los puntos mencionados en esta guía para que pueda servir como guion a los Médicos y Médicas de Familia en el cribado psicosocial de los adolescentes.

| | | |
|------------------------------|--|--|
| Aficiones | ¿Qué te gusta hacer en tu tiempo libre? | |
| | ¿Qué hacéis tú y tus amigos para divertirlos? | |
| Relaciones sociales | ¿Con quién vives? ¿Cómo es tu relación con ellos? | |
| | ¿Con quién te gusta pasar tu tiempo libre? | |
| | ¿Tienes pareja? | Sí: ¿Cómo se llama? No: ¿Te gustaría tenerla? ¿Has tenido pareja antes? |
| Educación | ¿Cómo te va en el instituto? | Si obtiene buenas calificaciones: ¿Estás satisfecho/a con tus resultados? Si obtiene malas calificaciones: ¿Por qué crees que no sacas mejores notas? ¿Piensas que podrían mejorar si te esforzaras más? ¿Sueles faltar al instituto? |
| | ¿A qué te gustaría dedicarte en un futuro? ¿Sabes qué tipo de formación se requiere para esto? | |
| | ¿Te llevas bien con tus compañeros de clase? ¿Y con tus profesores? | |
| Adicciones | Mucha gente de tu edad bebe alcohol o fuma cuando sale con amigos ¿Hay gente a tu alrededor que lo haga? ¿En qué situaciones? ¿Y tú lo has probado? | |
| | ¿Has probado otro tipo de drogas alguna vez? | |
| | Muchas personas de tu edad juegan a juegos de azar o participan en apuestas deportivas ¿Qué opinas acerca de esto? | |
| Nutrición y actividad física | ¿Piensas que tu dieta es saludable? ¿Cómo crees que es una dieta saludable? | |
| | ¿Haces algún deporte o actividad extraescolar? | |
| | ¿Has hecho dieta alguna vez? ¿Cada cuanto haces dieta? | |
| Salud mental | ¿Duermes bien? | No: ¿Cuál crees que es la razón de que no duermas bien? ¿Hay algo que te preocupe? |
| | ¿Te sientes más triste o irritable de lo habitual? | Sí: ¿Lo relacionas con algún problema que tengas? |
| Sexualidad | En la adolescencia mucha gente empieza a experimentar con las relaciones sexuales ¿Tienes o has tenido algún tipo de actividad sexual? ¿Conoces los diferentes métodos anticonceptivos? ¿Cuál usas? ¿Lo utilizas siempre? | |

Recuerde...

En esta entrevista es imprescindible la **escucha activa**, para ello conviene mantener el contacto visual con el paciente y evitar escribir en el ordenador u otras interrupciones.

Se ha habilitado una casilla en la parte derecha de la tabla para que el/la médico/a pueda marcarla en caso de querer indagar más a cerca de este tema.

7. DECLARACIÓN DE INTERESES DE LOS PARTICIPANTES

Los autores de esta guía de práctica clínica declaran no tener ningún conflicto de intereses ni haber recibido ninguna financiación externa para su realización.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década. OMS 2014. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2Qlss3B> (Último acceso: 29 abril 2021)
2. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. *Rev Chil Pediatr.* 2015;86(6):436-443.
3. Raiola G, Galati MC, Scavone M, Talarico V, Chiarello P. Importancia de la Medicina de la adolescencia: La transición del cuidado del adolescente al médico de familia. *Adolescere.* 2017;V(2):14-21.
4. Jiménez I, Leal F, Martínez ML, Pérez R, Pérez A, Pérez C, et al. Guía de atención al adolescente. *Med Fam Andal.* 2008;1-15. Recuperado a partir de: <https://www.samfyc.es/pdf/GdTAdol/2015009.pdf> (Último acceso: 29 abril 2021)
5. Vázquez M E, Sanz M. Guía para trabajar con adolescentes. *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2014; 7(3): 144-52.
6. Wilkes MS, Anderson M. A primary care approach to adolescent health care. *West J Med.* 2000; 172(3):177-182.
7. Webb MJ, Kauer SD, Ozer EM, Haller DM, Sanci LA. Does screening for and intervening with multiple health compromising behaviours and mental health disorders amongst young people attending primary care improve health outcomes? A systematic review. *BMC Fam Pract.* 2016; 17:104.
8. Goldenring BJM, Rosen DS. Getting into adolescent heads : An essential update. *Contemp Pediatr.* 2004;21(64):1-19.
9. Van Amstel LL, Lafleur DL, Blake K. Raising our HEADSS: adolescent psychosocial documentation in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2004;11(6):648-655.
10. Sanz JR, Guzmán MC, Muñoz E, Rodríguez M, Delgado MA. La entrevista clínica con el adolescente. *Form Med Contin Aten Prim.* 2019;26(10):566-570.
11. Leavey G, Rothi D, Paul R. Trust, autonomy and relationships: the help-seeking preferences of young people in secondary level schools in London (UK). *J Adolesc.* 2011;34(4):685-693.
12. Byczkowski TL, Kollar LM, Britto MT. Family experiences with outpatient care: do adolescents and parents have the same perceptions?. *J Adolesc Health.* 2010;47(1):92-98.
13. Rutishauser C. Communicating with young people. *Paediatr Respir Rev.* 2003;4(4):319-324.
14. McKee MD, Rubin SE, Campos G, O'Sullivan LF. Challenges of providing confidential care to adolescents in urban primary care: clinician perspectives. *Ann Fam Med.* 2011;9(1):37-43.
15. Hidalgo MI, Castellano G. Entrevista clínica y examen físico del adolescente. *Soc Esp Med Adolesc.* 2020. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3v9HhF6> (Último acceso: 29 abril 2021)

16. Sacks D, Westwood M. An approach to interviewing adolescents. *Paediatr Child Health*. 2003;8(9):554-556.
17. Scott JG, Cohen D, Diccio-Bloom B, Miller WL, Stange KC, Crabtree BF. Understanding healing relationships in primary care. *Ann Fam Med*. 2008;6(4):315-322.
18. Mast MS. On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. *Patient Educ Couns*. 2007;67(3):315-318.
19. Rodríguez Sanz J, Kurtz Luna C, Álvarez-Ude Cotera F. Aspectos clave de la comunicación no verbal en la consulta. *Form Med Contin Aten Prim*. 2011;18(7):401-409.
20. Borrell F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. semFYC. 2004. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3nzBQwx> (Último acceso: 29 abril 2021)
21. Hidalgo MI, Castellano G. Entrevista con adolescentes. ¿Cómo afrontar con seguridad la entrevista clínica con adolescentes? En: AEPap ed. Curso de actualización Pediatría 2003. 1.a Ed. Madrid: Exlibris Ediciones, 2003; p. 261-267.
22. Barnett E, Sussman S, Smith C, Rohrbach LA, Spruijt-Metz D. Motivational Interviewing for adolescent substance use: a review of the literature. *Addict Behav*. 2012;37(12):1325-1334.
23. Jensen CD, Cushing CC, Aylward BS, Craig JT, Sorell DM, Steele RG. Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2011;79(4):433-440.
24. Macgowan MJ, Engle B. Evidence for optimism: behavior therapies and motivational interviewing in adolescent substance abuse treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2010;19(3):527-545.
25. Alonso O, Tejón VA, Argüelles L, García N, García S, González A, et al. Guía de prevención del consumo de alcohol en la edad pediátrica. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. 2016;1-104. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3v8j6qz> (Último acceso: 29 abril 2021)
26. Caudevilla F. Alcohol y otras drogas ¿Cuándo sospechar y cómo actuar en la consulta? *Adolescere*. 2017;5(2):80-91.
27. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(3):390-95.
28. Seco EM. No todo es clínica. La entrevista telefónica. *AMF*. 2020;16(11):659-667.
29. Batalla Sales M, Monedero Mira MJ. Consulta telefónica. *Rev Med Fam Aten Prim*. 2020;25(2):1-4.
30. Grupo PrevInfad / PAPPS infancia y adolescencia. Guía de actividades preventivas por grupos de edad. 2014; 1-23.
31. De la Revilla L. Disfunción familiar o crisis de desarrollo en la adolescencia. *Aten Primaria*. 2009;41(9):485-486.

32. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria*. 1996;18(6):289-296.
33. Waylen A, Wolke D. Sex 'n' drugs 'n' rock 'n' roll: the meaning and social consequences of pubertal timing. *Eur J Endocrinol*. 2004;151(3):151-159.
34. Sánchez FL. Los afectos sexuales: (1) el deseo. *Adolescere*. 2018;6(3): 42-50.
35. Horno P. El amor y el desamor en la adolescencia. *Adolescere*. 2018;6(2): 78.
36. Calmaestra J, Escorial A, García P, del Moral C, Perazzo C, Ubrich T. Yo a eso no juego. Bullying y ciberbullying en la infancia. *Save the Children*. 2016;1:1-132.
37. Vessey JA, DiFazio RL, Strout TD. "I Didn't Even Know You Cared About That Stuff": Youths' Perceptions of Health Care Provider Roles in Addressing Bullying. *J Pediatr Health Care*. 2017;31(5):536-545.
38. Moreno C, Ramos P, Rivera F, Jiménez-Iglesias A, García-Moya I, Sánchez-Queija I, et al. Los adolescentes españoles: estilos de vida, salud, ajuste psicológico y relaciones en sus contextos de desarrollo. Resultados del Estudio HBSC-2014 en España. Health Behaviour in school-aged children. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2016;1-180.
39. Wiers RW, Bartholow BD, van den Wildenberg E, et al. Automatic and controlled processes and the development of addictive behaviors in adolescents: a review and a model. *Pharmacol Biochem Behav*. 2007;86(2):263-283.
40. Suárez-Relinque C, Arroyo GDM, Ferrer BM, Ochoa GM. Baja percepción de riesgo en el consumo de alcohol en adolescentes españoles. *Cad Saude Publica*. 2017;33(7)
41. Molina R. Consumo de tabaco, alcohol y drogas en la adolescencia. *Pediatr Integral*. 2013;17(3):205-216.
42. Galbé J, Grupo Previnfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención del consumo de alcohol en la adolescencia. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2012;14:335-42.
43. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Informe 2020. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. 2020;1-260. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3zzTeb1> (Último acceso: 17 mayo 2021)
44. Galbe J. Prevención del consumo de tabaco en la adolescencia. En Recomendaciones Previnfad/PAPPS. 2014, actualizado 17 mayo 2020:237-245. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3sFlwLC> (Último acceso: 4 mayo 2021)
45. Olaiya O, Sharma AJ, Tong VT, et al. Impact of the 5As brief counseling on smoking cessation among pregnant clients of Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) clinics in Ohio. *Prev Med*. 2015;81:438-443.
46. Megías I. Jóvenes, juegos de azar y apuestas. Una aproximación cualitativa. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fad. 2020; 1-99.
47. Cortés O, Gallego A, García J, et al. Resumen PAPPS Infancia y Adolescencia 2020. *Aten Primaria*. 2020;52(2):149-60.

48. Bucksch J, Currie D, Elgar F, Hamrik Z, Inchley J, Keane E, et al. Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO region 2002-2014, Observations from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) WHO collaborative cross-national study. World Health Organization, Regional Office for Europe. 2017;130(4):207–17.
49. Sánchez P. Trastornos psiquiátricos en la adolescencia. *Adolescere*. 2015;3(2):80-91.
50. Sánchez P, Cohen DS. Ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Adolescere*. 2020;8(1):16-27.
51. Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t); 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
52. Biddle VS, Sekula LK, Zoucha R, Puskar KR. Identification of suicide risk among rural youth: implications for the use of HEADSS. *J Pediatr Health Care*. 2010;24(3):152-167.
53. Colomer Revuelta J, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención del embarazo en la adolescencia. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2013;15(59):261–269.
54. D'Elío F, Sotelo J, Santamaría C, Recchi J. Guía Básica sobre Diversidad Sexual. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. 2016;28. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2QdLUzr> (Último acceso: 29 abril 2021)
55. Steensma TD, Kreukels BP, de Vries AL, Cohen-Kettenis PT. Gender identity development in adolescence. *Horm Behav*. 2013;64(2):288-297.
56. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Guía de indicadores para la detección de casos de violencia sexual y pautas de actuación dirigidas a los Centros de Protección de Menores. Junta de Andalucía. 2014; 1-14. <https://bit.ly/32B1TKs> (Último acceso: 29 abril 2021)
57. De la Revilla L, Fleitas L, Prados M, de los Ríos A, Marcos B, Bailón E. El genograma en la evaluación del ciclo vital familiar natural y de sus dislocaciones. *Aten Primaria*. 1998;21(4):219-24.

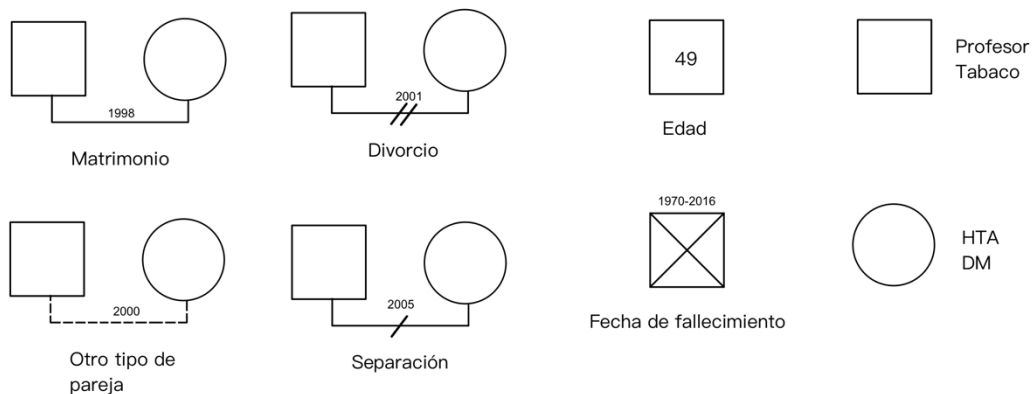
ANEXO 1: GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE UN GENOGRAMA FAMILIAR₅₇

1. TRAZADO DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR

Representar las relaciones entre los miembros de la familia en forma de árbol genealógico.

- En la parte superior se plasman las primeras generaciones y se representan las personas de la misma generación en la misma fila y la siguiente generación en la fila inferior, generando líneas de parentesco entre las personas.
- Los varones se representan con un cuadrado y las mujeres con un círculo, el paciente se representará con un doble trazado.
- En las parejas el varón se sitúa a la izquierda y la mujer a la derecha. El matrimonio se representa como dos líneas verticales en la parte inferior de los cónyuges unidas por una línea horizontal, en caso de que se trate de otra forma de pareja (vivir juntos, amantes) dicha línea será discontinua.
- De la línea que une a la pareja sale una línea vertical de la cual sale una horizontal para unir a los hijos, que quedarán ordenados de mayor a menor de izquierda a derecha.
- Las personas que conformen el hogar del adolescente quedarán delimitadas por un círculo con líneas discontinuas.
- Las personas fallecidas se marcarán con una cruz.
- Los embarazos se representan con un triángulo y los abortos con un círculo o cuadrado negro.
- En caso de separación se dibuja una línea que corta la línea que representa el matrimonio, y si se ha dado un divorcio serán dos líneas.

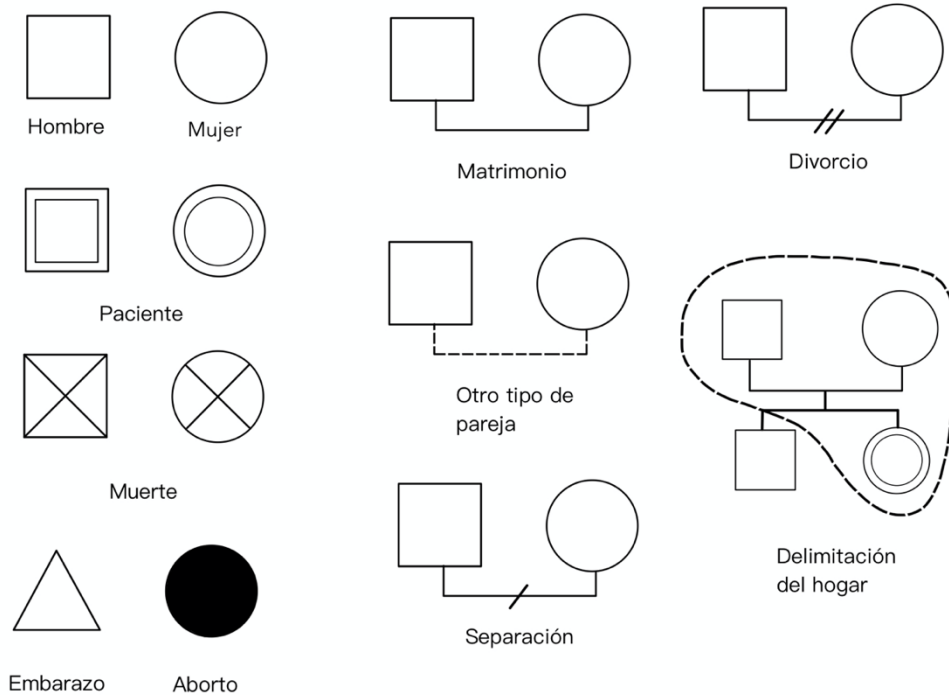
Símbolos



2. RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE LA FAMILIA

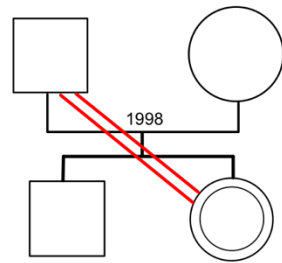
Consiste en recoger otros datos importantes de la familia del paciente como:

- Datos demográficos:
 - Edad: En el interior de cada símbolo se colocará la edad del miembro de la familia a quien represente.
 - Fechas de matrimonio, concubinato, separación o divorcio: Sobre la línea que representa estos hechos se escribirán las fechas en que se dieron.
 - Fecha de muerte: Sobre el familiar fallecido se escribirá el año de nacimiento y de su muerte.
 - Profesión, nivel educativo...
 - Acontecimientos vitales estresantes.
- Antecedentes médicos familiares o hábitos de riesgo

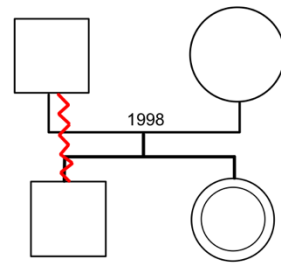


3. REGISTRO DE LAS RELACIONES FAMILIARES

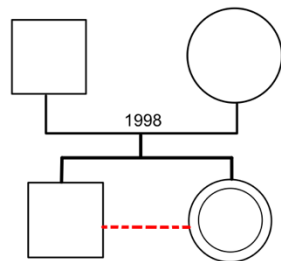
Se basa en conocer las relaciones entre los distintos miembros de la familia y en su representación en el genograma.



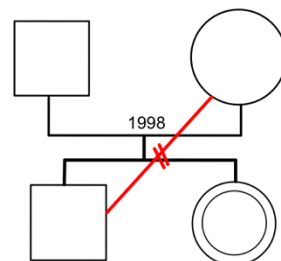
Unión estrecha



Relación conflictiva



Relación distante



Relación inexistente

ANEXO 2: TEST DE APGAR FAMILIAR₄

| | Casi nunca | A veces | Casi siempre |
|---|------------|---------|--------------|
| ¿Estás satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema? | 0 | 1 | 2 |
| ¿Conversáis entre vosotros los problemas que hay en casa? | 0 | 1 | 2 |
| ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa? | 0 | 1 | 2 |
| ¿Estás satisfecho con el tiempo que tú y tu familia pasáis juntos? | 0 | 1 | 2 |
| ¿Sientes que tu familia te quiere? | 0 | 1 | 2 |

Se marca en cada fila una de las casillas en función de si el paciente contesta “casi nunca”, “a veces” o “casi siempre”, finalmente se suman los números de las casillas marcados y se obtiene una puntuación:

- 7-10 puntos: Familia normofuncional
- 0-6 puntos: Familia disfuncional
 - Graves: 0-2 puntos
 - Leves: 3-6 puntos