

Trabajar con adolescentes: ¿cómo y dónde?

L. Rodríguez Molinero⁽¹⁾, G. Castellano Barca⁽²⁾. ⁽¹⁾Doctor en Medicina. Pediatra Doctor en Medicina. Acreditado en Medicina de la Adolescencia. Consulta de adolescentes Hospital Campo Grande, Valladolid.
⁽²⁾ Pediatra Acreditado en Medicina de la Adolescencia. Consulta de adolescentes Instituto "Marqués de Santillana" Torrelavega. Cantabria.

Resumen

Se denomina entre nosotros "taller" a una técnica de comunicación y aprendizaje que pretende conjugar las evidencias con la realidad práctica de cada uno. Por eso tratamos de evitar el discurso magistral y resaltar las dificultades o facilidades que encontramos para realizar nuestro trabajo. La base, a partir de una exposición, es crear un clima interactivo para que todos podamos aprender. Llevamos algunos años asistiendo a adolescentes, no solamente en consulta, también en las familias y diferentes grupos sociales, incluidos los medios de difusión, tan importantes en la educación para la salud. Y desde el comienzo hasta ahora han cambiado las circunstancias (nosotros también) y hemos sido capaces de adaptarnos a lo que nos viene. Con estas premisas nos disponemos a realizar este taller que va a consistir en una exposición teórica y varios casos clínicos detallados donde poner en práctica muchos aspectos de nuestro quehacer. Adjuntamos un anexo con cuestionarios que facilitan y complementan la herramienta más importante en Medicina, la Historia Clínica. La bibliografía pretende ilustrar sobre ciertos artículos que pueden ayudar a los interesados a aumentar conocimientos.

Palabras clave: *Trabajar con adolescentes, taller, comunicación, educación*

Abstract

We call a "workshop" to a technique of communication and learning that seeks to combine the evidence with the practical reality of each one. That is why we try to avoid the masterly discourse and highlight the difficulties or facilities that we find to carry out our work. The basis, from an exhibition, is to create an interactive climate so that we can all learn. We have been assisting adolescents for some years, not only in consultation, but also in families and different social groups, including the media, so important in health education. From the beginning until now the circumstances have changed (we too) and we have been able to adapt to what is coming. With these premises we are preparing to

Talleres simultáneos

Trabajar con adolescentes: ¿cómo y dónde?

carry out this workshop which will consist of a theoretical exposition and several detailed clinical cases where to put into practice many aspects of our work. Attached is an annex with questionnaires that facilitate and complement the most important tool in Medicine, Clinical History. These references intend to illustrate certain articles that can help stakeholders to increase their knowledge.

Keywords: *working with adolescents, workshop, communication, education*

Introducción

Los adolescentes (10 a 18 años) acuden poco a las consultas médicas, porque en general no lo necesitan para la patología orgánica común, pero sí precisan atención de especialidades como Psiquiatría, Psicología, Ginecología, Endocrinología, y otras.

Si hace una década las preocupaciones eran los trastornos del comportamiento alimentario, las drogas legales e ilegales o los accidentes, ahora han irrumpido de forma preocupante el acoso en cualquiera de sus variantes, el uso inadecuado de las nuevas tecnologías entre las cuales las redes sociales se han convertido en un medio de comunicación preferente entre los adolescentes, el consumo de alcohol en menores con 13 o 14 años, o la violencia, que ha repuntado. A todo lo anterior añadamos el aumento de adolescentes con sobrepeso, la obesidad y una alarmante falta de actividad física. Por supuesto, sigue vigente la preocupación por el embarazo, los problemas relacionados con la sexualidad, los que mencionábamos como frecuentes hace una década, y otros.

Por otra parte se afirma que las etapas de la vida no son compartimentos estancos, y así la adolescencia recibe influencia de la infancia, la juventud de la adolescencia etc. La osteoporosis post-menopáusica también guarda relación con los primeros años de la vida. Es lo que se llama Curso de la Vida.

Dónde y cómo

Se puede atender a los adolescentes en la consulta clásica del Centro de Salud o en la consulta hospitalaria, pero también se puede desarrollar como acompañamiento en clínicas móviles, escuelas, clubes deportivos, asociaciones u otros lugares. Pueden tener especial relevancia la Consulta Joven en Centro de Salud, también llamada en Suramérica Servicios Amigables de Salud para Adolescentes, y la Consulta Joven en institutos, centros de formación profesional etc.

En la Consulta Joven en Centro de Salud pueden desempeñar el trabajo pediatras, médicos de familia y enfermería, ayudados por una trabajadora social, quizá con menor dedicación horaria, buscando una fórmula para que algún día a la semana, al menos, haya un tiempo para atender adolescentes, y disponibilidad para atender situaciones urgentes cualquier otro día. Así mismo debe establecerse un acuerdo con algunas especialidades, para que si se necesita derivar un paciente sea atendido con prontitud, ya que no tiene sentido incluirle, para algunas patologías, en el sistema general de citas, con larga espera por lo general.

Es deseable que el pediatra que conoce la historia del paciente coordine esa atención y se encargue de promover sesiones clínicas específicas así como difundir información científica, al tiempo que se hace docencia para MIR o EIR. Se debe garantizar la confidencialidad y fomentar

Han irrumpido de forma preocupante el acoso en cualquiera de sus variantes, el uso inadecuado de las nuevas tecnologías entre las cuales las redes sociales se han convertido en un medio de comunicación preferente entre los adolescentes

Se puede atender a los adolescentes en la consulta clásica del Centro de Salud o en la consulta hospitalaria, pero también se puede desarrollar como acompañamiento en clínicas móviles, escuelas, clubes deportivos, asociaciones u otros lugares

la conexión fácil con el hospital de referencia, así como establecer algún sistema para recogida de datos, que en la actualidad no están bien desarrollados por lo general, y para la evaluación de las vicisitudes sanitarias, algo que no se hace habitualmente.

En el caso de la consulta en centros educativos para alumnos y familias, los sanitarios acuden a los centros de enseñanza dentro del horario laboral con posibilidades diversas, por ejemplo, día y hora fija un día a la semana, o cita a través de la conserjería donde se cumplimenta un impreso y o cita por teléfono. Esto sobre todo para las familias, ya que a los alumnos se les puede atender en los descansos entre las clases o fuera de ellas, previo acuerdo con la dirección del centro, que es quien ha promovido la existencia de esa consulta de acuerdo con las autoridades educativas y sanitarias.

Por lo general, la consulta en institutos es más distendida que en los centros sanitarios. Acuden a título individual o en pequeños grupos de hasta un máximo de cuatro y pueden hacer las preguntas de forma directa, o traerlas escritas, con lo cual se evitan los personalismos que a veces les preocupan. Es importante hacerles saber que se garantiza la confidencialidad en cualquier tipo de consulta, salvo que de lo que allí se exponga el médico deduzca que hay una situación peligrosa o un posible ilícito penal.

También deben facilitarse sesiones con las asociaciones de madres y padres, AMPAS (aspecto muy importante en la trayectoria adolescente), que no son totalmente conscientes de la importancia de la formación-información que pueden obtener en esos encuentros de cara a la salud de sus hijos adolescentes.

El hospital moderno debe añadir a sus funciones específicas la proyección social en todo lo relativo a la Salud Integral centrada en la persona como parte de las Políticas Públicas. El hospital debe ocuparse de la prevención, facilitación de la salud y atención a los pacientes, y si no dispone de Unidad de Adolescencia, puede designar a un médico interesado en la adolescencia, para que coordine la actividad evitando consultas solapadas o repetidas. Obviamente es necesaria la recogida de datos para mejorar la información existente en la actualidad y la evaluación de los programas. Los ingresos deberían hacerse en un área específica para adolescentes, y si no existiera, se debería agrupar a los adolescentes en una determinada zona.

El hospital debe ocuparse de la prevención, facilitación de la salud y atención a los pacientes, y si no dispone de Unidad de Adolescencia, puede designar a un médico interesado en la adolescencia, para que coordine la actividad evitando consultas solapadas o repetidas

Cuándo debo consultar con un profesional

Si nuestro hijo adolescente

- Tiene problemas para respetar las normas en el hogar
- Acumula castigos
- Saca malas notas cuando antes era buen estudiante
- Insulta o agrede verbalmente de forma repetida
- Miente con frecuencia
- Parece tener una pobre autoestima
- No se ducha o asea con frecuencia
- Está casi siempre malhumorado

Talleres simultáneos

Trabajar con adolescentes: ¿cómo y dónde?

- Es violento fuera de casa
- Ha tenido problemas con la policía
- Tiene conductas sexuales promiscuas o peculiares
- Roba dinero u objetos
- No respeta la autoridad
- Consume alcohol o drogas
- Tiene conductas o pensamientos suicidas

Si nosotros como padres

- No sabemos cómo tratarle
- Nos agotamos cuando tratamos con él/ella
- Sentimos que ya no tenemos autoridad
- Le tenemos miedo
- No confiamos en él
- Tenemos miedo de que se suicide
- Nos preocupa su estado de ánimo
- Estamos preocupados por su futuro
- Nos preguntamos constantemente qué hemos hecho mal
- No entendemos lo que quiere decirnos
- Nos sentimos impotentes

Añadimos que ante cualquier sintomatología no explicable por la exploración médica, se piense en acoso en alguna de sus variantes, escolar, sexual o través de las redes sociales, o en un problema familiar que se debe investigar.

El psicólogo José Antonio Luengo advierte del peligro de la hiperprotección a los adolescentes, facilitando todo y evitando sus incertidumbres, y afirma que crecer significa esforzarse y tener disciplina. Por otra parte, la vida es una frustración casi continua al existir frecuentes contradicciones entre lo que deseamos y lo que obtenemos, y los niños y adolescentes deben aprender a superar esas situaciones. De otra manera los adolescentes serían blandos e incapaces de afrontar y superar las adversidades que puedan sobrevenir.

En la relación con los adolescentes es un buen principio la regla de las tres C:

Coherencia: No se puede pedir que no hagan algo que nosotros hacemos, por ejemplo, fumar.

Consistencia: Las reglas están hechas para cumplirse, sí es sí, y no, es no, lo cual no significa que en función de las condiciones presentes se puedan hacer modificaciones puntuales. Pero serían ilógicos los cambios frecuentes.

La vida es una frustración casi continua al existir frecuentes contradicciones entre lo que deseamos y lo que obtenemos, y los niños y adolescentes deben aprender a superar esas situaciones

Continuidad: Para que los principios educativos y de conducta sean eficaces, deben mantenerse en el tiempo, y esto atañe a la Coherencia y a la Consistencia.

Algunos aspectos legales

Recogemos y transcribimos algunos aspectos legales contenidos en la Monografía Menor Maduro y Salud. Informe del experto nº 15. Fundación Merck Salud.

“La doctrina del menor maduro aboga por reconocer su capacidad de decisión en determinados asuntos de manera progresiva, en función de su edad, grado de madurez, desarrollo y evolución personal.

Desde 1978 la mayoría de edad civil legal en España está en los 18 años. La mayoría de edad sanitaria con carácter general se establece a los 16 años. A esa edad, el joven puede dar su consentimiento por sí mismo a la asistencia sanitaria. Por debajo de los 16 años podrá el menor tomar decisiones por sí mismo si a juicio del facultativo es capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance de la intervención.

En el supuesto de que el menor no fuera considerado maduro, debe activarse el consentimiento informado por representación, y que sean sus padres o representantes legales los que asuman las decisiones.

En el terreno concreto de la salud sexual y reproductiva rigen reglas específicas que se apartan del criterio general mencionado, y así, en la interrupción voluntaria del embarazo se exige la mayoría de edad civil, es decir los 18 años cumplidos”.

Se tiene la idea de que los adolescentes están sanos, y es verdad. Pero solo parcialmente, si se tiene en cuenta la definición de la OMS sobre salud como bienestar físico, psíquico y social. Sin duda los indicadores de salud física son excelentes, pero no así los referentes a aspectos psíquicos o sociales. Nuestro sistema de salud respecto a los adolescentes nos deja muy insatisfechos. El Teléfono de la Esperanza (TE) en el año 2007 recibió 1567 llamadas de adolescentes solicitando ayuda. Este solo dato refleja que nuestro sistema de salud no atiende de forma satisfactoria a los jóvenes, de forma que tienen que recurrir a otros sistemas de ayuda o auxilio. El contenido de esas llamadas es para desahogarse y pedir orientación, por razones psicológicas o psiquiátricas, y por malas relaciones personales. El TE pretende aportar soluciones a las llamadas en base a escuchar con atención a quien hace la llamada.

La relación de ayuda y la escucha activa

Cada médico tiene su manera de hacer el trabajo, y el factor común es procurar ayudar a quien lo solicita. La forma de ayuda es muy variada. La herramienta más potente que tenemos, por mucho que avance la técnica, es la Historia Clínica (HC). En la HC se recogen datos, pero también se produce una relación terapéutica, esto es, un diálogo entre dos personas: una que pide ayuda y otra a quien la sociedad ha preparado para darla. Esta relación humana ha existido desde el hombre de las cavernas hasta nuestros días, y está llena de información y emoción. Ambas cosas son necesarias si pretendemos relacionar el alma con el cuerpo, y esto es fundamental para comprender la persona.

Se llama relación de ayuda al “Encuentro entre una persona que pide ayuda para modificar algunos aspectos de su modo de pensar, sentir y actuar, y otra persona que quiere ayudarle

La doctrina del menor maduro aboga por reconocer su capacidad de decisión en determinados asuntos de manera progresiva, en función de su edad, grado de madurez, desarrollo y evolución personal

En la HC se recogen datos, pero también se produce una relación terapéutica, esto es, un diálogo entre dos personas: una que pide ayuda y otra a quien la sociedad ha preparado para darla

dentro de un marco interpersonal adecuado" (C.R. Rogers, R.R. Carkuff). Durante este encuentro aparecen los problemas que son motivo de consulta. La relación de ayuda requiere unas habilidades clínicas y compromete a la persona desde el punto de vista ético y jurídico.

La persona que pide ayuda es una persona que sufre, que está desmoralizada, que es incapaz de controlar lo que le pasa, y piensa que puede tener solución lo que le sucede.

Durante la consulta con adolescentes, como cualquier otra actividad clínica, se desarrollan actitudes terapéuticas, como la escucha activa, la empatía, la expresión de sentimientos, y la asertividad.

Escuchar es un bien escaso. Nadie está dispuesto a escuchar

Escuchar es un bien escaso. Nadie está dispuesto a escuchar. Frases como estas: "No me vengas con rollos...", "Ese es tu problema...", "No me des la paliza", "Ya empiezas otra vez...", "Eso son tonterías", "De qué te quejas, si tienes de todo...", "No me cuentes tu vida...", definen lo difícil que es encontrar en las relaciones profesionales personas con ganas de escuchar. Los médicos, herederos de los hábitos de los chamanes debemos cumplir esta misión.

La escucha es un "bien escaso": El 75% de los padres se quejan de sus hijos y el 83% de adolescentes se quejan de sus padres. Las consecuencias de la mala escucha suponen un alto porcentaje en las causas de fracasos matrimoniales. Nuestra vida está rodeada de obstáculos para una buena escucha, por ejemplo:

Obstáculos familiares, televisión, internet, video-juegos, teléfonos móviles.

El mal ejemplo de personajes públicos, ya que los jóvenes actúan por imitación.

El propio sistema educativo o sanitario, sobre todo cuando los profesionales están poco motivados y desilusionados o carentes de vocación docente.

Escuchar no es fácil. Exige atención, esfuerzo, comprensión, y a través de eso se llegará a producir en el adolescente que atendemos una sensación de sentirse escuchado...

Escuchar no es fácil. Exige atención, esfuerzo, comprensión, y a través de eso se llegará a producir en el adolescente que atendemos una sensación de sentirse escuchado, lo que acrecienta la confianza y deseos de decir todo lo que se quiere decir. "Si se aspira a una auténtica "medicina centrada en las personas" no se puede establecer una dicotomía tajante entre conocimientos biomédicos, humanísticos y sociológicos, porque en la práctica clínica es imposible separar los datos biológicos de las convicciones, dificultades económicas, peculiaridades de carácter, prejuicios morales, rencores personales, costumbres ancestrales, deseos insatisfechos..." (F. Borrell i Carrió).

En algunas encuestas acerca de lo que la gente entiende por escuchar, el 60% cree que es lo mismo que oír; el 20% piensa que es enterarse de lo que oye, el 15% opina que es para preparar una respuesta y solo un 5% afirma que es para comprender a la persona. Es decir que en el imaginario común, una minoría entiende lo que supone escuchar realmente.

Kaepelin y Rankin estudiaron la relación entre el tiempo que se dedica a escuchar, hablar, leer y escribir y observaron que había una relación inversa entre el tiempo que dedicamos a estas actividades y el tiempo dedicado a aprender esa actividad. Es decir, nos pasamos casi la mitad del día escuchando y solo dedicamos un 3% de nuestro tiempo a formarnos en lo que significa escuchar. Sin embargo, dedicamos el 9% de nuestro tiempo a escribir e invertimos el 52% en aprender esa actividad".

Los efectos que la escucha activa produce son conocidos: transfiere serenidad y confianza, rebaja la ansiedad, facilita la expresión de los sentimientos profundos, lo que además de dar información supone una descarga emocional terapéutica; mejora los resultados en salud (Stewart, 1999), y satisfacción del paciente (Roter 1997...), produce una mayor adherencia terapéutica (Backwell 1996), menores demandas legales (Levisnson 1997), y mejora la autoestima profesional.

Por el contrario, una escucha deficiente, supone una mala relación con el paciente y como consecuencia genera dificultades para detectar problemas y recoger información, impedimentos para construir una relación terapéutica, uso inadecuado de los recursos, desgaste profesional, problemas médico-legales y menor adherencia a los tratamientos entre otros.

El modelo biopsicosocial

Durante muchos años hemos seguido el modelo biomédico centrado en la enfermedad como daño orgánico que se debe reparar. Los cambios sociales y el conocimiento de la psicología evolutiva del niño y adolescente nos han llevado a profundizar en la práctica biopsicosocial, que tiene en cuenta además de lo médico, el ambiente, los amigos, la familia y la escuela. Se trata de explorar áreas como los acontecimientos vitales, las atribuciones, la afectividad, el pensamiento o el entorno familiar.

Casos clínicos resumidos

Los datos que se citan suponen el resultado de mucho tiempo de relación con el adolescente y su familia, y son el crisol de lo que se escucha y se observa. Cada caso lleva añadido algún comentario y dilemas que exigen habilidad y experiencia para resolverlo. La sociedad nos demanda ser resolutivos y eficientes y tener en cuenta los principios éticos básicos: no maleficencia (*primum non nocere*), beneficencia, justicia y autonomía.

Caso clínico 1

Jorge tiene 15 años. Es diabético desde los 13. Debutó con cansancio y pérdida de peso. En la actualidad está en tratamiento con insulina y aceptablemente controlado. Estudia 4º de ESO en un colegio concertado. Su padre es industrial, y su madre ama de casa. Tiene otra hermana de 10 años. La estructura familiar es buena.

La madre acude a la consulta porque el último fin de semana en una fiesta se ha emborrachado y ha regresado a casa con ayuda de los amigos. Nos dice que desde que ha empezado el curso, hace 3 meses, no se encuentra bien, no rinde como el año pasado, no lleva bien la dieta...

Hace unos meses ha ido al Médico de Familia, que según dice la madre apenas le conoce, y se ha limitado a recetarle la insulina y las tiras reactivas para control de glucemia. Acude a mi consulta, ya que en la última revisión, a los 14 años, le dije que si alguna vez tenía algún problema de salud podía contar conmigo. Cuestiones del caso 1:

1. No pertenece a mi cupo de pacientes.
2. Debido a mi ofrecimiento, revierten a mí problemas de salud que no me corresponden:
 - Regular la diabetes.
 - Inmiscuirme en el tratamiento de una enfermedad crónica.
 - Solventar una crisis de adolescencia y el rechazo a su enfermedad.
 - Resolver la tendencia del paciente a culpabilizar a los padres.

Durante muchos años hemos seguido el modelo biomédico centrado en la enfermedad como daño orgánico que se debe reparar. Los cambios sociales y el conocimiento de la psicología evolutiva del niño y adolescente nos han llevado a profundizar en la práctica biopsicosocial, que tiene en cuenta además de lo médico, el ambiente, los amigos, la familia y la escuela

La sociedad nos demanda ser resolutivos y eficientes y tener en cuenta los principios éticos básicos: no maleficencia (*primum non nocere*), beneficencia, justicia y autonomía

Caso clínico 2

La madre de Ana, de 13 años, viene un día a la consulta sin la niña solicitando un volante para Salud Mental, debido a que su hija la ha pegado. Solicito que venga la niña para hablar con ella y valorar mejor la situación. Los padres están separados desde hace 5 años; se llevan mal y tienen pleitos frecuentes. La madre, de 50 años, trabaja en un hotel a turnos. El padre, de 51 años trabaja en un estudio de grabación. Comparten la custodia de la niña, que tiene otro hermano menor, de 9 años, sano y de conducta adaptada. Escolarmente Ana lleva bien los cursos y evaluaciones, pero el último año es más desobediente y se enfrenta a su madre. Desde pequeña la niña ha vivido muchas situaciones desagradables.

Cuestiones que se plantean en el caso 2:

1. Hay una situación de violencia entre la madre y la hija.
2. Hay un problema judicial.
3. Se solicita una derivación a Salud Mental (?).
4. Hay un problema de escuela de padres; de ayudar a la madre a ser adulta.

Caso clínico 3

Juan, de 16 años, estudia 4º de ESO. Es referido a mi consulta por indicación de otro colega, ya que desde que ha empezado el curso no se centra, ha suspendido seis asignaturas de nueve, lo que no había ocurrido nunca. Los cursos anteriores aprobaba con normalidad, sin mucho esfuerzo y con algún notable. Es hijo único; los padres son profesionales y trabajan. Buen nivel económico. No hay antecedentes familiares de importancia. Juan es sociable.

El último año sale más de casa y regresa más tarde de lo acordado. Se preocupa más por el vestir y por la imagen física. Es alto y guapo. En una ocasión ha participado en un casting de ropa en unos grandes almacenes.

En el colegio notan que está muy distraído y con bajo rendimiento escolar. Pero no tiene problemas de conducta. Es educado y respetuoso.

En la entrevista en presencia de la madre (el padre nunca vino a la consulta) se muestra muy callado; es ella quien contesta a todo. En la entrevista a solas, el diálogo es corto. No sabe lo que le pasa, le cuesta concentrarse. Se le realiza un cuestionario de Du Paul (EDAH) que refleja una puntuación baja.

En una entrevista a las dos semanas, y esta vez solo, se muestra más hablador. Al preguntarle si le gusta alguna chica, contesta "No lo tengo claro". Se siente más a gusto con los chicos que con las chicas. Nota especial atracción por los varones. A la pregunta de si sus padres conocían su orientación respondió que no. Me ofrecí a explicárselo a la madre y le pareció bien. La madre ya se lo imaginaba. El problema mayor era el padre: No lo iba a entender y no sabíamos cómo planteárselo. Juan no ha vuelto por la consulta.

Cuestiones al caso clínico 3:

1. Se me plantea la aceptación de derivaciones de otros colegas, lo que origina compromisos profesionales.

2. Se requiere mediación en la familia, la escuela, los profesores...
3. Se asume la tarea de normalizar la orientación sexual en un contexto adverso.

Caso clínico 4

David es un niño de 14 años que estudia 3º de ESO. Tiene un hermano gemelo y otro hermano mayor. Nació con un angioma en la cara que ocupa el 50% de su superficie. Desde los 3 años sigue un tratamiento con láser en hospital terciario donde acude cada 6 meses, logrando pequeñas mejorías en su aspecto. Es un niño muy tímido y poco hablador. Ha crecido bien, es sociable, y le gustan los juegos de mesa. Sus padres entienden que dada su estética le guste menos salir que al hermano gemelo.

Es traído a consulta por indicación del profesor, ya que estando en el aula ha discutido con un compañero y éste le ha insultado por su aspecto facial. Quiso tirarse por la ventana, pero tropezó y se lo impidieron los compañeros. En la entrevista a solas dijo que su intención en ese momento era suicidarse. Nunca había sufrido acoso en el colegio, aunque sí notaba que no le hacían tanto caso como a su hermano.

Expreso a David la importancia de lo que le pasa y que sería conveniente que sea visto en un servicio de Salud Mental Infantil, y él acepta la interconsulta. Posteriormente hablo con los padres, que entienden la situación y comprenden la derivación.

David no ha vuelto por la consulta. Probablemente haya pasado a Medicina de Familia o cambiado de domicilio.

Cuestiones al caso clínico 4:

1. La imagen corporal incide en la autoestima y es un factor de riesgo de acoso. El caso es extensible a obesos, discapacitados físicos o psíquicos.
2. La indiferencia es otro factor que incide en la autoestima, y es vivida como desprecio.
3. Negociar la derivación a otras disciplinas.

Anexo: Cuestionarios de utilidad en medicina de la adolescencia

1. TEST DE APGAR FAMILIAR

<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/APGAR%20Familiar.pdf>

2. CUESTIONARIO M.O.S DE INVESTIGACIÓN SOCIAL

https://rodas5.us.es/file/e15d054f-757a-3d84-0345-64a4e1d00969/1/guiavaloracion-enred_SCORM.zip/media/Cuestionariomosdeapoyosocial.pdf

<http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v6n1/03.pdf>

Talleres simultáneos

Trabajar con adolescentes: ¿cómo y dónde?

3. CUESTIONARIO BARRAT DE IMPULSIVIDAD EN ADOLESCENTES
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272013000400003&script=sci_arttext
4. ESCALA DE DU PAUL PARA DESCARTAR TDAH
<http://www.avpap.org/documentos/tdah/correcctdah.pdf>
<http://www.avpap.org/documentos/tdah/correcctdah.pdf>
5. CUESTIONARIOS DE SALUD FÍSICA, ALIMENTACIÓN, HÁBITOS DE VIDA Y CONSUMOS
http://www.samfyc.es/Revista/PDF/V15n1/v15n1_03_original.pdf
6. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON
http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf
7. ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON
<http://www.meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.pdf>

Bibliografía

1. Rodríguez Molinero, L.: *¿Cómo atender al adolescente? Adolescere* 2013; 1(2):15-21
2. Castellano Barca, G., Hidalgo Vicario, M.I. *Entrevista clínica del adolescente. Hidalgo Vicario, M.I., Redondo Romero, A. M., Castellano Barca, G. Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. 2ª edición Madrid Ed. Ergon S.A, 2012, pg. 11-18*
3. Silber, T.J.: *Perfil del médico que atiende adolescentes. Hidalgo Vicario, M.I., Redondo Romero, A.M., Castellano Barca, G.: Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. 2ª edición 2012 Editorial Ergon S.A; pg. 19-22*
4. *Menor maduro y salud. Informe del experto N°15. Fundación Merck Salud. Octubre 2016*
5. *Test de Apgar Familiar. <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/APGAR%20Familiar.pdf>*
6. de la Revilla, L., Luna del Castillo, J., Bailón, E., Medina, I. *Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. Medicina de Familia. 2005; 6:10-23.*
7. *Guía de recomendaciones para la Atención Integral de adolescentes en espacios amigables y de calidad https://www.unicef.org/argentina/spanish/2012_Guia_Clinica_Sap_Unicef.pdf*
8. *Madrid Soriano, J.: Los procesos de la relación de ayuda. Biblioteca de Psicología. Madrid 2005*
9. *Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Francesc Borrell i Carrió. http://comunicaff.cluster020.hosting.ovh.net/wp-content/uploads/2014/08/EntrevistaClinica_2004.pdf*
10. *Guía para adolescentes malhumorados. Unidad de Personalidad y Comportamiento Complejo Hospitalario Ruber Juan Bravo. MADRID*
11. *Dago Elorza, R., Arroba Basanta, M.L.: Habilidades comunicacionales en la consulta del pediatra. ¿Cómo establecer una relación clínica satisfactoria? En: AEPap ed. Curso de Actualización de Pediatría 2008. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008. p. 103-12.*