



Entrevista con el adolescente

RESUMEN

La entrevista con el adolescente es una oportunidad invaluable para conocerlo y acceder a todos sus contextos. El profesional de la salud requiere compromiso, profesionalismo y otras aptitudes individuales que le permitan obtener la información suficiente y pertinente, que represente el mejor recurso de comunicación entre ambas partes. Los principios de confidencialidad, beneficencia y autonomía, rigen gran parte de la relación con el adolescente, en el entendimiento de sus alcances y derecho. Una entrevista bien planteada permitirá elaborar un diagnóstico y plan de tratamiento específico en cada caso, así como establecer una relación satisfactoria con el paciente, permeando el objetivo principal de favorecer la adquisición de competencias para la vida, empoderamiento y resiliencia.

Palabras clave: adolescente, pediatra, entrevista, confidencialidad.

Gloria Elena López-Navarrete,
Arturo Perea-Martínez,
Miriam Mercedes Padrón-Martínez,
Eduardo Espinoza-Garamendi,
Ariadna Lara-Campos

Clínica de Adolescentes/Clínica de Obesidad, Instituto Nacional de Pediatría

Adolescent interview

ABSTRACT

The interview is an invaluable opportunity to know the adolescent and its contexts. The health professional needs commitment, professionalism and other individual skills that allow it to obtain sufficient and relevant information, which represents the best resource of communication between both parties. The principles of confidentiality, beneficence and autonomy, govern much of the relationship with the teenager in the understanding of its scopes and rights. A well planned interview is necessary for diagnosis and specific treatment in each case, also establish a good relationship with the patient, with the principal objective of facilitating the acquisition of life skills, empowerment and resilience.

Key words: adolescent, pediatrician, interview, confidentiality.

Recibido: marzo, 2014

Aceptado: abril, 2014

Correspondencia

Dr. Arturo Perea Martínez
Clínica de Adolescentes/Obesidad
Instituto Nacional de Pediatría.
Insurgentes Sur 3700-C
Col. Insurgentes Cuicuilco
CP. 04530 México, D.F.
Tel. 10840900, ext. 1892 y 1373

Extensión de responsabilidad

Por medio de la presente declaramos que las opiniones y puntos de vista contenidos en este artículo son particulares de los autores y no resultado de una posición oficial de la institución donde laboramos.

Este artículo debe citarse como

López-Navarrete GE, Perea-Martínez A, Padrón-Martínez MM, Espinoza-Garamendi E, Lara-Campos A. Entrevista con el adolescente. Acta Pediat Mex 2014;35:229-237.

La adolescencia es la etapa de transición entre la infancia y la adultez caracterizada por cambios biológicos (que constituyen la pubertad), psicológicos y sociales evidentes para el individuo, su familia y para las personas con las que comparte en todos los contextos de vida en los que se desarrolla. Es un período de duración variable y expresión única, lo que permite establecer una máxima, "hay adolescentes, no adolescencia". Acorde con lo anterior, es comprensible aceptar que en la atención a la salud y el desarrollo del adolescente se den diferencias con la otorgada en otras etapas de la vida de una persona.

La atención integral para adolescentes es distinta en muchos aspectos a la pediátrica y, de hecho, a veces obliga a modificaciones que la señalan contraria al modelo de atención clásico. Las diferencias pueden radicar en la necesidad de establecer un nuevo tipo de relación entre médico y paciente, orientada a las condiciones emergentes y rasgos particulares de este grupo etario.¹

La transición de la niñez a la adultez presenta características que le son propias e independientes de la sociedad o la época en que éstas se producen. De tal manera que los cambios físicos de la pubertad sólo parecieran estar influidos en su aparición más temprana o tardía por aspectos genéticos, nutricionales y ambientales; sin embargo, también influye la relación que guarda con el medio social y cultural en el cual se desempeña. Aunque su intimidad y transición de niño a adulto (con todo lo que ocurre en su esquema corporal, sexualidad, socialización y en el uso de su libertad) ha sido una relativa constante a lo largo del tiempo.²

Aunque parece seguir generando polémica determinar quién es el médico que debe atender a los adolescentes, por definición, el pediatra es el profesional de la salud encargado del cuidado de la salud del individuo en crecimiento y desarrollo, lo que en sí caracteriza directamente

al adolescente. Adicionalmente, los sistemas de salud en el mundo, aunque de forma más administrativa que biológica, suelen dejar la atención de los adolescentes a los pediatras, ya que éstos son los encargados de asistir a los individuos hasta los 16 o 18 años de edad, según sea determinado por cada institución, en la que la mayoría de los jóvenes han alcanzado gran parte de la expresión corporal de su pubertad e inician las expresiones de desarrollo psicosocial que les caracteriza.

El pediatra interesado en atender adolescentes requerirá como cualidades básicas: motivación, sensibilidad, capacidad de comunicación y conocimientos adecuados de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que caracterizan esta etapa de la vida; además, deberá profundizar en los problemas sociales actuales. También, el profesional que asiste al adolescente requiere de una disposición personal que le facilite la comunicación con los jóvenes, lo que le permitirá la obtención de información cierta y amplia, y así alcanzar un diagnóstico y ofrecer una terapia adecuada.

En palabras del doctor Enrique Dulanto el pediatra necesitará una especial: "disposición para ser muy paciente, sin desesperarse ni desmayar la voluntad en el trato con ellos. Le hará falta saber callar y saber disimular, estar comprometidos a darles el mismo apoyo y afecto que autoridad. Le hará falta estar dispuesto a crear un clima de libertad en la relación, permitiéndoles manifestarse y ser, orientarles hacia la responsabilidad sin imponerles valores. Le hará falta fomentar el análisis y el encuentro con ellos, sin manipular conciencias, estando imbuidos (desde la propia madurez) de un espíritu abierto, sincero y franco".³

La entrevista constituye la primera y más importante parte de todo acto médico que tiene como objetivo aproximarse a la salud integral del adolescente. Debido a las características evolu-



tivas de este grupo de edad muy a menudo este encuentro representa la única y última oportunidad que tiene el médico para orientar, corregir, diagnosticar, asesorar, interpretar o ayudar a la persona en este momento de crecimiento y desarrollo, antes que se estructure como adulto.

En gran medida, los problemas de salud que enfrentan los adolescentes están vinculados a comportamientos de riesgo en determinados contextos socio-económicos y culturales, que afectan su salud social, sexual, mental y física. Los adolescentes suelen visitar mayormente a los médicos para quejas agudas menores: enfermedades respiratorias, de la piel, musculoesqueléticas y otras. Para hacer frente a esta falta de correspondencia entre la queja y los factores asociados con la morbilidad en la adolescencia, se recomienda la evaluación de los factores psicosociales para todos los pacientes; una práctica que no es muy frecuente. Los motivos de los médicos para no llevar a cabo esta recomendación incluyen: no tener tiempo suficiente, dificultades que se perciben para la comunicación y falta de entrenamiento médico para el abordaje de estas cuestiones con los adolescentes. Para el joven el miedo a la falta de confidencialidad, de claridad sobre el papel del médico y la propia negación a divulgar información que es personal (que genera sentimientos de ansiedad o supone estigmatización o vergüenza), limitan un mejor abordaje clínico e impiden el análisis acerca de los factores que inciden en su salud y bienestar. El planteamiento experimentado e individualizado por parte del profesional hacia el joven durante la consulta puede aumentar la disposición de un adolescente a hablar sobre estos aspectos con el profesional.⁴⁻⁶

Principios éticos en la relación del médico con los adolescentes

La oportunidad de conocer las expresiones que caracterizan a la adolescencia permite entender

que la adquisición de una capacidad de pensamiento abstracto, su necesidad de identidad con las personas que integran su grupo de edad y el sentido de pertenencia que requiere desarrollar, establece un recurso invaluable para el profesional, de forma que instrumente una estrategia de asistencia, evaluación y manejo acorde con cada adolescente y la forma como vive esta etapa de su vida. Al respecto, es importante señalar que las expresiones de cada individuo dependen de las habilidades y competencias para la vida que haya adquirido antes de llegar a la adolescencia, por lo que el profesional de la salud encargado de atenderle tiene el siguiente panorama:

- a. El adolescente que ha sido preparado con habilidades y competencias conformadas antes de llegar a este periodo de la vida.
- b. El adolescente que arriba a esta etapa sin haber sido encausado.

Así, el panorama clínico de asistencia al adolescente requiere del profesional un perfil que incluye las siguientes cualidades:

1. Capacitación
2. Voluntad
3. Disposición
4. Tiempo
5. Organización
6. Tolerancia
7. Motivación
8. Imparcialidad
9. Adaptabilidad
10. Consejería
11. Ética

Elementos que presumen la posesión de recursos profesionales suficientes para encausar un abordaje, lograr un buen entendimiento mutuo, obtener información fidedigna, identificar cualidades, atributos y obstáculos, empoderar y hacer resiliente al adolescente. El objetivo se dirige a

establecer una comunicación con el adolescente, misma que le redituará en la obtención de los mayores recursos posibles para promover una entrevista productiva, que sea analizada en forma bidireccional, incluyendo la propia óptica del joven respecto a las situaciones vertidas, así como todos los aspectos biológicos y psicosociales y sus contextos de vida en una mística constante, de que la opinión de ambas partes construye un ambiente de intercambio, negociación y entendimiento bilateral. De conformidad con lo anterior, el trabajo del profesional se orienta a promover los instrumentos personales, competencias y capacidades, suficientes para encausar un perfil de vida, de responsabilidad, respeto, honestidad, autoestima y productividad, que les provea de la suficiente resiliencia y entereza para enfrentar los retos cotidianos, les provea de elementos que los conduzcan a tomar decisiones sin riesgo, dando cimientos a una adultez sana, saludable y solvente en todos los aspectos de su persona, familia, profesión y sociedad.^{7,8}

En la búsqueda de este objetivo, en la interacción con el adolescente, resulta básico el apego a tres principios:

Autonomía. Considerado por diversos autores desde diferentes perspectivas como el principio de permiso de libertad: el derecho de toda persona a elegir su propio destino siempre y cuando no afecte a otras.²

Por autonomía se entiende que la persona responsable tiene el derecho (y el deber) de actuar por su propia determinación, siendo necesario contar con la libertad para deliberar, formar juicios de valor o de conciencia, decidir y ejecutar su decisión. Esta decisión implica la obligación para otros de respetar esa autonomía y no forzar a retraerse. Para muchos, es el principio fundamental de la ética médica moderna. En lo más básico, implica el derecho del paciente de rechazar (una evaluación, una intervención)

y la obligación del médico de respetar esta negativa.^{2,9}

En el caso del niño es lógico suponer que son sus padres, tutores o encargados, quienes detentan esta acción. Sin embargo, es factible considerar al niño en el proceso de toma de decisiones, respetando y reconociendo su capacidad de desarrollo para participar en éste, y donde sea apropiado de asentir.

Este principio se vuelve menos claro en el caso específico de los adolescentes que, aunque generalmente no concedido, se entiende, tienen los mismos derechos y la capacidad para ejercerlos que los adultos y es cada vez más relevante conforme el adolescente desarrolla las capacidades cognitivas, las habilidades y la experiencia necesarias. Involucrar a los adolescentes en la toma de decisiones con respecto a su propia salud y su vida reconoce el desarrollo de su autonomía.¹⁰

Beneficencia. Este principio señala la obligación moral de actuar para el beneficio de otros, incluyendo la protección de sus derechos, la prevención de daños y ayudar a aquellos en peligro. En la medicina implica la actuación del médico a favor de los mejores intereses del paciente, señalando la alternativa en la que sean mayores los beneficios que los riesgos.

Este principio puede entrar en conflicto con el de autonomía cuando el paciente se niega a una intervención que el médico considera la mejor opción, en la que puede intentar convencerlo pero no realizar nada cuando éste la ha rechazado y el resultado pueda ser negativo.¹⁰

Confidencialidad. Las garantías que el médico ofrezca acerca de la confidencialidad aumentan la disposición de los adolescentes a revelar información de salud delicada, pero estas garantías se dan rara vez. Los médicos pueden no estar al tanto de las directrices legales del consenti-



miento de los adolescentes y preocuparse por la reacción de los padres para tales discusiones confidenciales. Afortunadamente, muchos padres y adolescentes comprenden la importancia de la asistencia sanitaria confidencial. El paciente puede decidir en algún momento si desea contar con la presencia de los padres o permanecer solo durante la evaluación.^{11,12}

El deber de confidencialidad correspondiente a una persona menor de 16 años, en cualquier ámbito, es el mismo que se debe a cualquier otra persona; sin embargo, este no es absoluto. Cuando el profesional asienta y da soporte a la existencia de un riesgo para la salud, seguridad o bienestar del adolescente, que sobrepasa el derecho a la privacidad del/de la joven, deberá seguir los protocolos locales sobre protección de menores. El profesional debe reflexionar las ventajas que esta decisión tiene para el bienestar del menor y, cuando lo considere conveniente para el individuo, ofrecer información a otras instancias, incluyendo a las autoridades. Salvo en la más excepcional de las circunstancias, la divulgación sólo debe efectuarse luego de consultar con el/la joven y ofrecerle una notificación voluntaria. Es decir, se debe proponer y apoyar la notificación a las personas apropiadas, incluyendo a los padres.¹³

El rol del pediatra ante el adolescente

La atención de la salud del adolescente requiere una actitud dedicada a establecer y mantener una buena relación, paciencia y persistencia. Un punto fundamental frente al adolescente es mostrar genuino interés en sus asuntos, así como el diseño de un espacio que invite y sea amigable para expresarse abiertamente.⁸

El buen entendimiento con el adolescente es fundamental en esta relación, refiriéndonos a la “simpatía” y a la “concordancia” (*rapport*), lo que logra crear un ambiente de relajación para

disminuir las tensiones que el paciente pueda tener al saber que será cuestionado; en pocas palabras: “romper el hielo”. Suele utilizarse desde la primera fase de la entrevista y tiene por objeto crear un ambiente de confianza y cooperación mutua para entablar una comunicación en la que no haya juicios, distorsiones o malos entendidos, sino una escucha sana. Al lograr un entendimiento adecuado se conseguirá una comunicación sin que suene a regaño, juicio, crítica o mala intención.¹⁴

El médico deberá valorar, mediante el autoanálisis, cuál ha de ser su rol frente al adolescente a fin de no entorpecer, involuntariamente, el éxito de la entrevista, ya que a pesar de las buenas intenciones la falta de autocrítica puede llevar al médico a adoptar un papel incorrecto y a adoptar la posición de “aliado” del adolescente o de los padres, una postura moralizante o una en la que se anteponen los prejuicios, convicciones y vivencias propias.¹⁵

Durante la entrevista

El médico debe tener un trato agradable y ecuánime, porque una actitud en extremo formal, distante y convencional no favorece al encuentro. Debe usar un lenguaje sencillo y directo, lo que no implica tomar actitudes o lenguaje adolescente. Cabe destacar que los jóvenes pueden utilizar una terminología muy propia y cambiante, que el profesional debe conocer.

El médico debe presentarse amablemente, llamarlo por su nombre y preguntarle su edad, ocupación y cómo le gusta que lo llamen. A continuación, es necesario interrogarlo directamente por el motivo de la consulta y dedicar atención al relato.¹⁶

En la consulta se debe identificar al adolescente como paciente. Puede ser que los padres sean quienes expongan los motivos de la consulta. A

menudo, pueden no coincidir con los motivos o puntos de vista del adolescente, por ello habrá de informársele que más tarde tendrá oportunidad de expresarse o emitir su versión de los hechos.

La entrevista personal al adolescente suele ser prolongada y, por lo tanto, habrá que disponer de tiempo para escuchar las respuestas, a menudo extensas, del adolescente.

Se debe escuchar atentamente, observar mucho y escribir poco; sobre todo si aborda en ese momento un asunto sensible. Se deben evitar los silencios prolongados, porque pueden dar lugar a una interpretación negativa por parte del joven, por lo que conviene que en la conversación haya fluidez. Es muy importante garantizar en todo momento privacidad, respeto y confidencialidad.^{15,16}

Las preguntas abiertas son más recomendables porque motivan e invitan al paciente a expresarse, a ser abierto también para contestar. También se pueden utilizar “respuestas en espejo” cuando el joven no es muy explícito, obligando a dar mayor información. Por ejemplo:

—¿Cómo te sientes con tus padres?

—Los ignoro, los odio.

—¿Los ignoras, los odias?

—Sí, porque nunca me escuchan y...

En algunos casos funciona bien replantear y resumir lo que se ha dicho, pues esto permite ver si el joven está de acuerdo con la interpretación de sus palabras por el entrevistador; o bien hacer preguntas que permitan aclarar alguna información: “¿Qué quieres decir con eso?”. Admitir que el profesional no lo sabe todo hace que el adolescente lo perciba menos perfecto y más accesible.

El apoyo al diálogo suele ser necesario con algunos adolescentes. La forma tradicional de hacerlo con empatía: “Te considero, supongo que causó malestar”. No es válido acceder ante la búsqueda de aprobación o reprobación de alguna conducta referida; en cambio, el médico puede y está obligado a prestar su ayuda a los pacientes para que valoren conductas propias, creen autoconcepto y se califiquen a sí mismos.¹⁵⁻¹⁷

El lenguaje corporal es más fuerte y fidedigno que el verbal, por lo que se deberá tener cuidado con dichas expresiones e igualmente captar los mensajes no verbales por parte del chico. Se deben registrar mentalmente las expresiones iniciales del adolescente: ropas, gestos, ánimo; también hay que observar cómo dicen las cosas, su tono de voz, el nerviosismo, los silencios, las pausas, sus expresiones, miradas y posturas; pueden indicar el motivo oculto de consulta o posibles conductas o situaciones de riesgo.¹⁴

Toda entrevista debe abarcar los temas de interés directo para el consultante, aunque puedan parecer poco pertinentes para el médico. Es mejor una pregunta del paciente que varias que el médico pueda formular.¹⁶

Uso de nemotecnias

En gran medida, la morbilidad y la mortalidad de los adolescentes están relacionadas con patrones de comportamiento de riesgo; la prevalencia de problemas de salud mental y los cambios en los patrones de las enfermedades crónicas. Resulta total la integración de un panorama lo más completo posible en cada caso, que permita identificar los factores de riesgo a tratar como oportunidades de prevención de enfermedades.¹⁸

Todo joven con calificación de riesgo merece una actitud en particular cuidadosa y atenta. Ésta debe ampliarse a la familia y, de ser necesario, a



la escuela o grupo comunitario correspondiente, lo cual debe hacerse con inteligencia, tacto y ética.¹

Uno de los retos que los profesionales de la salud enfrentan es la brevedad del tiempo para hacer las preguntas más importantes, en todos los aspectos de la vida, de una persona joven. El protocolo para entrevistar a los adolescentes en centros de salud incluye la discusión sobre numerosos aspectos de la vida de los adolescentes: el hogar, la escuela, la comida, los amigos, las drogas, la sexualidad, la depresión y la seguridad.¹⁹

El uso de nemotecnias parece facilitar el objetivo de llevar a cabo un abordaje simplificado del adolescente, suficiente pero amplio, para conocer las tendencias conductuales, actitudes y percepción de contextos por parte del joven. Por ejemplo, en la evaluación de primer contacto el uso de la nemotecnia HE₂AD₂S₃ sintetiza la investigación completa de un adolescente y se explica de la siguiente manera:

H (*Home*). Hogar. Conocer la situación estructural y funcional de la familia del adolescente, la interpretación que éste hace de la misma, su sentido de pertenencia y el papel que reconoce desarrolla dentro de ésta.

E (*Education/Employment*). Educación/empleo. Conocer el ambiente educativo escolarizado que vive el adolescente, su adaptación, aprovechamiento e interpretación que hace del mismo. En algunos casos deben investigarse los mismos parámetros del ambiente laboral en que ya se desenvuelve.

A (*Activities*). Actividades. Permite adentrarse en las actividades recreativas, deportivas y sociales en las que participa el adolescente, que representan uno o varios factores protectores para su crecimiento y desarrollo integral. De igual forma,

facilita la identificación de conductas de riesgo para el desarrollo o adquisición de enfermedades de diversa índole.

D (*Drugs/Depression*). Drogas/depresión. Este factor se refiere al ambiente de riesgo que se vive durante la adolescencia. Se debe indagar en forma indirecta o directa (si así lo permite la entrevista) acerca de las experiencias sobre el contacto o consumo de alguna droga lícita o ilícita; un elemento necesario en la evaluación del adolescente. De igual manera, deben investigarse rasgos o presencia de enfermedades psicoafectivas y sus posibles orígenes.

S (*Security/Sexuality/Suicide*). Seguridad/sexualidad/suicidio. A través de la entrevista se valoran las conductas de seguridad o riesgo del individuo en los ambientes en que vive. Se investiga su tendencia a involucrarse en actos violentos, delictivos, etcétera; sus conocimientos de la sexualidad, sus experiencias y su conducta en este ámbito. Finalmente, se evalúan los factores asociados o de riesgo de carácter personal y también de su entorno, que lo ubican en una condición susceptible de ejercer conductas de autoagresión.²⁰

Otras escalas que pueden ser de utilidad son:

- SCOFF (*Sick/Control/One/Food/Fat*). Es una forma simplificada de abordar los desórdenes de la conducta alimentaria. Dada la prevalencia de las conductas de control de peso entre los jóvenes y la posibilidad de resultados adversos, es preocupante que los médicos rara vez preguntan al joven o realizan una investigación de rutina acerca de estos comportamientos. Esto puede reflejar el desconocimiento acerca de la propensión de estos jóvenes a resultados adversos o que no se tenga la conciencia de que los jóvenes con sobrepeso y obesidad tienden a usar este

tipo de estrategias, más que sus semejantes con peso normal.⁶

- CRAFFT (*Car/Relax/Alone/Forget/Family/Friends/Trouble*). Esta herramienta es útil para evaluar si el adolescente se ha involucrado, en los últimos 12 meses, en alguna conducta de riesgo asociada al consumo o abuso de sustancias.²¹

De igual manera, se cuenta con otras estrategias como SAD o SIGECAPS para la detección de los estados depresivos; ACHES para investigar el uso de hormonales anticonceptivos y sus efectos secundarios; FRAMES en la evaluación de trastornos de adaptación y cambios de conducta del adolescente.⁷

CONCLUSIONES

La atención integral para adolescentes requiere un máximo nivel de profesionalismo, en donde la capacidad y la actitud faciliten identificar y responder a las necesidades y demandas específicas y diferenciadas de los adolescentes, acordes con su edad, cultura, género y contexto; con apertura para hombres y mujeres, para la familia, para compañeros/as, amigos/as y/o pareja.

A menos que exista una relación previa con el adolescente, la comunicación estará sujeta a las habilidades del profesional y a la respuesta del joven a las estrategias de la consulta. Lograr una comunicación inmediata, libre, suficiente y la disposición para ser explorado físicamente, podría ser un reto mayúsculo, aspecto que justifica la necesidad de estar preparado profesionalmente para lograr el objetivo. Incluso, cuando se trata de un paciente seguido en consulta durante la infancia, conviene tener en cuenta que la adolescencia supone un cambio importante en las relaciones con los adultos, siendo en ocasiones necesario adaptar las formas de abordaje habitual, al establecer

la comunicación con el joven mediante la estructuración de una entrevista dirigida a sus intereses y preocupaciones.

La adolescencia es un momento importante y en ocasiones crítico para el desarrollo de una personalidad robusta y resistente; los problemas de salud física y psicosocial, así como diversos factores en el ambiente de vida del adolescente, pueden obstaculizarlo. El profesional de la salud habrá de trabajar con todas sus capacidades para lograr identificar cualidades del joven y también conductas de riesgo, aprovechando toda oportunidad para dar orientación y consejo, para involucrar al joven en la responsabilidad de cuidar su salud, ayudarlo a reflexionar y a considerar la oportunidad de decidir, con o sin riesgo, cada conducta en su vida.

REFERENCIAS

1. Dulanto GE, Girard GA, Maddaleno M. Comportamiento de riesgo durante la adolescencia. En: Dulanto. El adolescente. Asociación Mexicana de Pediatría. México, D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana Editores, 2000. pp. 681-95.
2. Girard GA. Aspectos éticos de la atención de adolescentes y jóvenes. *Adolesc Salud* 1999;1.
3. Dulanto Gutiérrez E. Perfil del médico que atiende adolescentes. En: Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo. José M^a Méndez Ribas (Ed.) Buenos Aires: Ascune, 1993.
4. Kang M, Cannon B, Remond L, Quine S. Is it normal to feel these questions...? A content analysis of the health concerns of adolescent girls writing to a magazine. *Fam Pract* 2009;26:196-203.
5. Julliard K, Vivar J, Delgado C, Cruz E, Kabak J, Sabers H. What latina patients don't tell their doctors: A qualitative study. *Ann Fam Med* 2008;6:543-9.
6. Utter J, Robinson E, Ameratunga S, Crengle S. Identifying the "red flags" for unhealthy weight control among adolescents: Findings from an item response theory analysis of a national survey. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2012;9:99.
7. Perea MA, Loredó AA. La adolescencia y el adolescente. El diseño de esta etapa de la vida. En: PAC-2 Medicina Interna. Colegio de Medicina Interna de México. 2^a Edic. México D.F.: Intersistemas, 2013. pp. 364-9.
8. Flemming GF. The mental health of adolescents. Assessment and management. *Australian Fam Phys* 2007;36:588-93.



9. Cummings CL, Mercurio MR. Autonomy, beneficence and rights. *Pediatr Rev* 2010;31:252-55.
10. American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics. Communicating with children and families: from everyday interaction to skill in conveying distressing information. *Pediatrics* 2008;121:e1441-60.
11. Berlan ED, Bravender T. Confidentiality, consent and caring for the adolescent patient. *Curr Opin Pediatr* 2009;21:450-6.
12. Adams KE. Mandatory parental notification: the importance of confidential health care for adolescents. *J Am Med Womens Assoc* 2004;59:87-90.
13. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *Int J Gynecol Obstet* 2007;98:182-7.
14. Chávez LCC, Chávez LMA. La terapia cognitivo conductual en el manejo de las conductas de riesgo del adolescente. En: PAC-2 Medicina Interna. Colegio de Medicina Interna de México. 2ª Edic. México D.F.: Intersistemas, 2013. pp. 426-37.
15. De Alvarez SM. LA entrevista al adolescente. En: Buil RC, Late LC, Ros RR, de Pablo LJ. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. 1ª Edición. INO Reproducciones S. A. España 2001.
16. Dulanto GE, Girard GA. Entrevista clínica. En: Dulanto. El adolescente. Asociación Mexicana de Pediatría. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana Editores, 2000. pp. 696-704.
17. Gaspà Martí J, García-Tornel Florensa S. Entrevista al adolescente. *Técnicas de la entrevista y aspectos legales. Pediatría Integral* 2005;IX(1):13-9.
18. Steinbeck K, Towns S, Bennett D. Adolescent and young adult medicine is a special and specific area of medical practice. *J Pediatric Child Health* 2014.
19. Goldenring J, Rosen D: Getting into adolescent heads: An essential update. *Contemp Pediatr* 2004;21:64-90.
20. Perea MA, Loredó AA, Trejo HJ, López NGE, Jordán GN, et al. Medicina para adolescentes. Razones, necesidades y propuestas para desarrollarla. *Acta Pediatr Mex* 2006;27:213-22.
21. Trent SA, Moreira ME, Colwell CB, Mehler PS. ED management of patients with eating disorders. *Am J Emerg Med* 2013;31:859-65.

Consulte **Acta Pediátrica de México** en internet:

www.actapediatricademexico.org

FB: [actapediatricademexico](https://www.facebook.com/actapediatricademexico)

Twitter: [@ActaPedMex](https://twitter.com/ActaPedMex)