

Aprendamos a Entrevistar Adolescentes. Acrónimos que se Proponen.

Elba Vázquez-Pizaña*

La historia clínica no es el simple relato, ni la descripción de una enfermedad aislada, comprende además el comentario, las consideraciones que hace el médico al terminar de analizar el enfermo y valorar los datos recogidos según su criterio. Además de su evidente importancia para el diagnóstico, tratamiento, pronóstico y epidemiología, la historia clínica documenta la sagacidad, habilidad y conocimientos del médico que la realiza.

Algunos la definen “la biografía biológica, completa, aunque concisa de un ser humano”¹.

Por lo que la entrevista de adolescentes es un arte dada la complejidad bio-psico-social de cada adolescente que puede creer que el entrevistador va a poner límites a su libertad y además va acceder a su intimidad. Teniendo en cuenta esta premisa el médico hará una introspección para conocer si realmente está interesado en atender adolescentes con todos los condicionantes que esto implica: tiempo, preparación técnica adecuada, y talante personal ante los problemas de los adolescentes y jóvenes, así como la muy probable relación con su familia. Una entrevista bien planificada permitirá acceder al examen físico con gran parte del diagnóstico².

La personalidad del médico y su filosofía sobre la atención médica se considera como lo más importante en el cuidado médico de los adolescentes.

El médico debería ser maduro y abierto. Tendría que estar verdaderamente interesado en los adolescentes, primero como persona, después en sus

problemas y también en sus padres. No debería simplemente gustarle los adolescentes, sino que tendría que sentirse cómodo con ellos. Debería ser capaz de comunicarse perfectamente con sus pacientes y sus padres^{2,3}.

Teniendo en cuenta que los adolescentes se sienten enfermos pocas veces y son reticentes para acudir a las consultas será necesario planificar adecuadamente, sala de espera, consultorio, horarios, tiempo de consulta y técnica de entrevista para lograr un enfoque clínico adecuado².

En relación a la **sala de espera** la atmosfera debe ser agradable, con una decoración adecuada para los adolescentes (incluso se les puede hacer participar en la decoración) y debe haber disponible material de lectura orientado hacia ellos. Se recomienda que la sala de espera este separada de aquellas de los adultos y de los niños. Si esto no es posible, se puede aislar con paneles (incluso realizados por ellos mismos y que sirvan también para poner material educativo), o bien con una adecuada distribución de las sillas o bancas de la sala de espera. Otra solución es disponer un horario de atención solo para adolescentes, preferentemente por las tardes o en aquellas horas que no interfieran con las actividades escolares⁴.

La entrevista tiene tres finalidades fundamentales: detección de enfermedades todavía asintomáticas, establecer una relación de confianza y de repetición futura y estimular al adolescente a que

* Pediatría. Medicina del Adolescente. Maestría en Educación. Presidente de la Asociación Médica del Hospital Infantil del Estado de Sonora. Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación Hospital Infantil del Estado de Sonora.

Correspondencia: Dra. Elba Vázquez Pizaña. evazquez103@hotmail.com Departamento de Enseñanza e Investigación. Hospital Infantil del Estado de Sonora. Reforma 355 Norte entre calle 8 y 11. Col Ley 57 Hermosillo Sonora México. CP 83100.

se haga responsable de su propia salud.

Si el adolescente siente auténtica avidez por algo es por ser escuchado. Pero no hacerlo de cualquier manera, sino con atención, respeto, afecto, creando empatía entre él y su interlocutor. Para que esta circunstancia se produzca se hace necesario que dicho interlocutor posea determinadas cualidades. A su vez, el entrevistador va apoyarse de una serie de técnicas y principios éticos que faciliten la intercomunicación y que van a constituir los recursos del entrevistador.

La primera cualidad del entrevistador ha de ser la posesión de una formación sólida en todas las materias concernientes al adolescente y que no sólo se limite a sus características normales y patología orgánicas, sino también a las de su ámbito psicológico y a las de la relación con su medio, ya sea social o familiar.

Pero esa formación no basta con que sea inicial, sino que ha de sentirse vinculado al compromiso de mantenerla actualizada, lo que le compromete a demostrar una firme voluntad de formación continuada.

Para hacer efectivo lo anterior es necesario que el médico que atiende adolescentes se sienta a gusto en la praxis diaria con los mismos^{2,3,4}.

Al ser la adolescencia una etapa en la que se pueden imbricar múltiples factores nosológicos, es frecuente que el adolescente se vea abocado a una atención multidisciplinario, lo que condiciona que su médico esté capacitado para trabajar en equipo y sepa ser vínculo y coordinador de todas las actuaciones que inciden sobre su paciente.

Por último, el entrevistador debe ser capaz de haber elaborado su propia historia personal de modo que haya alcanzado un punto de madurez que le permita enfrentarse a problemas cotidianos tales como la sexualidad, las drogas o la violencia de una manera equilibrada y distante, sin que proyecte los conflictos de su propia adolescencia mal resuelta en el adolescente a quien entrevista.

Estas cualidades del entrevistador van dirigidas al logro de unos objetivos como son favorecer la cita personal, facilitar la consulta con los padres, dar directamente explicaciones al adolescente, ayudarlo a comprender su enfermedad, implicarlo en el mantenimiento y recuperación de su salud y conseguir el desarrollo de su autonomía^{2,3,4}.

Los objetivos de la entrevista se encuentran interrelacionados entre sí son:

1. Identificar el problema real tanto físico,

psicológico, emocional, sociocultural y judicial. Es importante saber quien identificó el problema (padres, amigos, propio adolescente) y cuáles son los objetivos del adolescente al acudir a la consulta, cuál es su opinión, cual es el problema que realmente le preocupa “la agenda oculta”. El paciente puede acudir por un dolor torácico y lo que realmente le preocupa es una ginecomastia o una asimetría de las mamas. Puede venir por un dolor abdominal y en realidad tener un embarazo o una posible infección sexual.

2. Establecer una adecuada relación terapéutica para asegurarnos el seguimiento y que el tratamiento se realizará. A veces será necesario implicar a los padres.

3. Valorar el desarrollo madurativo psicosocial del adolescente, Conocer sus capacidades y factores protectores para afrontar y resolver los problemas así como su disposición a ellos.

4. Analizar cada caso en particular y valorar si tiene apoyos en su entorno, conocer la dinámica familiar, amigos, pareja.

5. Tomar decisiones valorando las más razonables y las preferidas por el joven. Una entrevista positiva puede ser una buena conexión con otros adolescentes o grupos pequeños para organizar foros de discusión y actuación.

6. Prevenir problemas de salud futura, realizando educación para la salud y un consejo sociosanitario participativo. Tener presente que en esta etapa de la vida, la entrevista puede ser la última oportunidad del médico para asesorar, orientar, diagnosticar, corregir y ayudar al joven antes que se incorpore a la vida adulta⁵.

Fases de la entrevista clínica al adolescente:

Fase de “acoplamiento” o fase social en esta fase se inicia el contacto; con el entrevistador y adolescente se conocen y definen su relación. El aspecto “social” de esta fase se supone el conversar acerca de los contenidos que parecen triviales, siendo una etapa fundamental tanto por la confianza que está en juego como por la información que se intercambia. El encuentro y “acoplamiento” con el adolescente es lo central, ya que esta condición permite que se desarrolle una relación de confianza que facilite el trabajo. Es preciso que en esta fase el profesional intente atenuar el sentimiento de amenaza que en general provoca la situación de entrevista en el adolescente, generando un clima de confianza (frases como “hasta que no te sientas cómodo y confíes en mí lo suficiente como para contarme algo, no lo hagas” ayudan en ello).

Fase intermedia o exploratoria Se explicitan los motivos de la entrevista, las expectativas, se recopila información en forma más estructurada (anamnesis biopsicosocial), se exploran y se definen los problemas que deberán ser trabajados.

Es importante recordar que este proceso es recíproco entre el entrevistador y el adolescente y no es neutro, de modo que mientras se recopila información también se transmite información.

Fase de cierre o resolutive al finalizar la entrevista se formulan acuerdos y conclusiones logrados en relación con los problemas que fueron definidos, se establece otra citación o se propone un plan de tratamiento³.

Características de la entrevista

Una recomendación de carácter general

Para la anamnesis de la historia previa (neonatal, vacunas, enfermedades pasadas, etc.) habrá que contar con la colaboración de los padres. Se trata de una excelente ocasión para que el adolescente, presente ya en esta primera etapa de la anamnesis, conozca algo mejor sus antecedentes personales.

Si el adolescente ha acudido acompañado de sus padres, es lógico que sean éstos quienes expongan los motivos de consulta.

A continuación, se invita a los padres a volver a la sala de espera y se procede a la entrevista personal al adolescente. La entrevista personal al adolescente suele ser prolongada, sin prisas, para escuchar las respuestas, a menudo extensas, del adolescente.

Además cabe considerar la confidencialidad, las interrupciones, evitando los comentarios y los juicios de valor, así como escribir en presencia del adolescente durante la entrevista⁶.

Premisas previas:

Para atender adolescentes, realizar una adecuada entrevista e historia clínica y establecer una buena relación con el adolescente se necesita interés, que al médico le gusten los adolescentes ya que estos tienen una sensibilidad exquisita para identificar el rechazo. Es importante tener tiempo y sentirse a gusto. Conocimientos sobre las características de su desarrollo, problemas, riesgos y formas de enfermar así como experiencia profesional que se adquiere con la práctica.

En la adolescencia se produce un cambio muy importante en la relación médico-paciente-padres con

respecto a la que se tenía durante la infancia y ella implica varios aspectos a tener en cuenta.

1.- Privacidad: hablar a solas con el adolescente en algún momento de la entrevista.

2.- Confidencialidad: las entrevistas entre adolescentes y su médico no serán comentadas con los padres sin su permiso a excepción de peligro para su vida (suicidio), o la de otros así como el abuso y el maltrato. En ese caso hablaríamos con él y le ayudaríamos a solucionar el problema. Los adolescentes en general desean hablar de diversos temas con los padres en un ámbito seguro y la consulta y el profesional pueden facilitarlos.

3.- Interacción: escuchar con interés, respeto y empatía, ser abogado y consejero, nunca juez

4.- Tranquilizar: el paciente que está preocupado por sus cambios y problemas. El joven está continuamente haciéndose la misma pregunta ¿soy normal? Se le debe ayudar a obtener objetivos durante este periodo: Independencia, los cambios corporales, los amigos, el establecimiento de los nuevos estilos de vida, la identidad sexual, vocacional, moral y del yo.

5.- Educar mediante las “guías anticipadas”. Explicar los cambios inherentes a su desarrollo físico y psicosocial y realizar educación para la salud.

6.- Contar con la familia: aunque el adolescente sea nuestro principal objetivo, la familia es importante ya que está integrado en ella y además hay que consultarla para conocer la historia anterior y preocupaciones actuales, entender la dinámica familiar, aliviar el sentimiento de rechazo o culpabilidad que a veces tienen los padres, negociar límites y contribuir a que surjan cambios dentro de la familia. También para asegurar el tratamiento y seguimiento. Igualmente habrá de tenerse en cuenta su “segunda familia” (grupo de compañeros, colegio y comunidad)⁵.

Líneas guía para la entrevista

Propongo los esquemas que aportan Iris Litt y Matilde Maddaleno. Su exposición clara y ordenada, ofrece una buena guía para orientar la entrevista.

1.- Presentación del médico.

El médico deberá presentarse al adolescente, de forma agradable, presentando a los diferentes profesionales del equipo e, incluso, a los posibles médicos en formación que están presentes en la consulta.

2.- Presentación del adolescente.

Conviene interesarse por el nombre o apodo con que

quiere ser conocido.

3.- Escuchar atentamente al adolescente.

y atender todos problemas, por poco importantes que nos puedan parecer.

4.- Registrar mentalmente las impresiones iniciales sobre el adolescente.

(Ropa, gestos, estado de ánimo).

5.- Observar mucho y escribir poco.

El lenguaje no verbal puede ser la clave para un buen diagnóstico: el movimiento de las manos, la manera de sentarse, los movimientos oculares y la mirada, el inicio de las lágrimas, etc.

6.- Es fundamental establecer una buena relación entre el médico y el adolescente.

Para ello, y delante de los padres, se debe asegurar la privacidad y la confidencialidad de la entrevista. Asimismo conviene dejar claros los límites de este secreto profesional que no son otros que las situaciones de grave peligro para la vida (ideación suicida) o de gran riesgo social (ideas sobre fugas o sobre daños irreparables).

7.- Perder el miedo al compromiso de confidencialidad.

8.- Usar un lenguaje con el que el adolescente se sienta comfortable.

Hay que evitar usar el “argot” juvenil de moda. Nuestro paciente busca en nosotros un profesional sensible y maduro y no espera que lo atienda otro adolescente.

9.- Evitar los silencios prolongados y los comentarios que impliquen un juicio de valor.

Nunca hay que tener prisa para enjuiciar las acciones y será siempre preferible conducir la conversación hacia la reflexión personal y la argumentación, a fin de provocar que sea el propio adolescente quien llegue a emitir sus propios juicios de valor.

10.- Considerar seriamente todo comentario que el adolescente nos haga y hacer cuanto este en nuestras manos para que se sienta valorado como persona y como adulto.

Evitar por todas las maneras que se pueda sentir tratado como un niño y, mucho más como un caso clínico⁴.

11.- Durante la entrevista, conviene explorar todos aquellos detalles que nos interesan de la vida del adolescente, empezando por el motivo de consulta.

Ya tendremos tiempo más delante de investigar los antecedentes personales y familiares, la historia escolar o laboral, o los hábitos y estilos de vida ya que la entrevista con el adolescente puede tender al desorden, es útil tener presente un guión sobre todo aquello que nos interesa saber. En este sentido es de utilidad el acrónimo que propone

García- Tornel:

F.A.C.T.O.R.E.S

F-FAMILIA: Relación con los padres y hermanos, grado de satisfacción.

A-MISTADES: Actividades, deportes, tipo de relaciones.

C-OLEGIO-trabajo: Rendimiento, grado de satisfacción.

T-OXICOS: Experimentación-abuso, tabaco, alcohol, drogas.

O-BJETIVOS: Estudio, trabajo, familia, ideales, ilusiones

R-IESGOS: Deportes, moto, coche, ambientes violentos, Medicamentos abuso sexual, Régimen dietético

E-STIMA: Aceptación personal, autoestima, valoración de la propia imagen.

S-EXUALIDAD: Información, identidad, actividad, preocupaciones, homosexualidad. Historia ginecológica y sexual^{2,3,5,6,7}.

Otro excelente ejemplo para organizar el interrogatorio psicosocial y que proporciona una formula nemotécnica fácil de recordar es el método “HEADS FIRTS” basado en la investigación de Berman en 1972 y modificado por el Adolescent Medicine Program en State University of New York at Syracuse y otros **Cohen, Cole y Bird**. El método HEADS FIRST para abordar problemas médicos durante la adolescencia:

Hogar: Relaciones, separación, apoyo, libertad y restricciones “espacio para crecer”.

Educación: Expectativas, hábitos de estudio, logros.

Abuso: Emocional, verbal, sexual, físico.

Drogas: Tabaco, alcohol y otras drogas.

Seguridad: Actividades peligrosas, cinturones de seguridad, cascos.

Friends (amigos): confidente, presión por parte de compañeros, interacción.

Imagen : Autoestima, aspecto, imagen corporal (percibida en contraposición con deseada).

Recreación: Ejercicio, relajación, televisión/ videojuegos, deportes, “uso de la tecnología”.

Sexualidad: Identidad sexual, sentimientos, relaciones, actividad, seguridad.

Threats(amenazas): Peligro para sí mismo u otros, fugas, influencia por cultos^{5,7,8,9}.

La propuesta por Academia Americana de Pediatría H.E.E.A.D.S.S.S. hogar, educación, actividades, depresión/humor, sexualidad, consumo de sustancias, seguridad, espiritualidad⁵.

12.- El punto de partida de la entrevista debe ser el

motivo de consulta.

Pero podemos encontrarnos con un adolescente que refiera síntomas que no son representativos de su verdadero problema. Se trata de una manera de poner a prueba nuestra confiabilidad y nuestro grado de comprensión.

13.- Estructurar la entrevista con el adolescente.

A menos que exista una relación previa con el adolescente, suele ser difícil establecer una comunicación libre y fluida. 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. Sin que existan fórmulas mágicas, algunas ideas pueden ayudar a Estructurar la entrevista con el adolescente.

La comunicación es más fácil a base de preguntas abiertas, que permiten una mayor explicación en las respuestas “Cuéntame más sobre esto” “¿Cómo te sentiste?” o “¿Qué aspectos desearías modificar en la relación con tus padres?”.

Utilizar respuestas **“en espejo”**, repitiendo sus propias respuestas. Por ejemplo: “¿cómo te sientes con tu padre?” “Lo odio” Nuestra respuesta en espejo será: “¿Lo odias?” Y, con algo de suerte, el adolescente seguirá la conversación: “Si, porque...”

Ir resumiendo los puntos que aparecen en la entrevista para ayudar al adolescente a la síntesis de sus problemas y, muy a menudo, a ser consciente de sus preocupaciones.

Preguntar para aclarar algunas afirmaciones o expresiones que puedan quedar en el aire. Por ejemplo “¿Qué quieres decir con eso?”.

Cuando se trate de temas embarazosos, podemos usar afirmaciones que faciliten la discusión. Por ejemplo: “Muchos chicos de tu edad se masturban o juegan con sus genitales, lo que es normal. Imagino que, a menudo, tu también deseas hacerlo...”.

En casos aún más embarazosos, utilizar ejemplos de terceras personas para permitir la proyección. Por ejemplo: “Me han dicho que sin tomar pastillas es difícil divertirse en las discotecas. ¿Qué opinas tú de ello?”.

Dar apoyo a través de respuestas que impliquen el sentimiento de comprensión que el médico tiene de sus problemas. Por ejemplo, “imagino que te lo has pasado muy mal, y sin poder contárselo a nadie....”.

14.- Evitar proyectar los sentimientos de nuestra propia adolescencia en nuestro paciente. Pero cabe recordar también que un día fuimos adolescentes:

nos va a ayudar a comprenderlos.

15.- Evitar asumir un rol parental sustituto.

El profesional debe actuar como un adulto que pone especial énfasis en escuchar, aconsejar y guiar, evitando los juicios de valor. Se pueden comprender todas las conductas, lo cual no implica aceptarlas y apoyarlas. Recordarle, a menudo, que el auténtico responsable de su salud es él mismo.

16.- Reconocer las incomodidades

Cuando el médico se pueda sentir incómodo para tratar algún tema concreto con el adolescente, será mejor dejarlo para el final, cuando se haya establecido ya un buen clima de confianza y comunicación.

17.- Actuar siempre como abogado del adolescente

Recalcar sus características positivas y sus habilidades, que a menudo los padres, agobiados por las conductas negativas, no han sabido apreciar. Cabe tener en cuenta que apoyar una conducta impropia.

18.- Inculcar la responsabilidad

El médico debe tener conciencia de que los adolescentes han de ser los responsables de su propio cuidado. Cuanta más responsabilidad se da, menos problemas de obediencia aparecen⁶.

Valorar siempre los factores de riesgo.

Entendemos como factores de riesgo **“Aquellos elementos que tienen una gran Posibilidad de desencadenar o asociarse al desencadenamiento de algún hecho Indeseable, o de una mayor posibilidad de enfermar o morir”**. Los factores de riesgo Pueden ser la causa de un daño o actuar como modulares del mismo, en el caso de que influyan en las probabilidades de ocurrencia del mismo.

Las conductas de riesgo agrupan aquellas **“actuaciones repetidas y fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la infancia o la adolescencia, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o Futura”**. Muy a menudo, ciertas conductas de riesgo del adolescente son de tipo reactivo y no representan más que una manifestación, más o menos oportuna, de su camino hacia la autonomía y la independencia.

Finalmente, las situaciones de riesgo se definen como **“aquellas circunstancias que ofrecen un riesgo a toda la comunidad o grupo social”**. Una situación de riesgo que afecte a la adolescencia y juventud puede ser la permisividad en el uso de las drogas o las exigencias que se imponen en la práctica de determinados deportes.

Una situación de riesgo que ha relacionado con los trastornos de conducta alimentaria puede ser el excesivo culto a la imagen corporal.

La entrevista dirigida a un adolescente debe ser lo menos parecido a un interrogatorio, pero no se puede olvidar que precisamos recoger datos sobre las situaciones de riesgo⁶.

Tipos de adolescentes entrevistados:

Paciente hermético y/o silencioso

Los adolescentes pueden permanecer mudos durante la entrevista; algunos incluso se sientan dando la espalda. Nuevamente usted debe descifrar el mensaje: “no puedo o no quiero comunicarme”. Lo más probable es que hayan sido obligados a consultar por una figura adulta autoritaria (sus padres, la escuela, la corte judicial) y él/ella asocia al médico como parte de la estructura del poder adulto. O bien, puede ser incapaz de expresar sus temores o ansiedades en este ambiente por ser un adolescente muy maltratado. **Será necesario dismantelar su estructura mental para poder entrar en el núcleo de sus problemas, tarea difícil.**

El médico que tiene en consideración los sentimientos del paciente, habitualmente puede **quebrar la barrera del silencio**: “me imagino que estas muy enojado”, o “supongo que te obligaron a venir”, “me imagino cómo te sientes”, etc.

Paciente hablador: La verborrea es una barrera para no afrontar los problemas. Estos pacientes hablan constantemente y siempre están “bien”, evitando que los problemas dolorosos sean enfrentados y las historias “exitosas” son un intento para distraer al entrevistador. Se recomienda ignorar las exageraciones, evitar entrar en detalles sin importancia y concentrarse no en lo que está diciendo, sino en lo que está tratando de comunicar, **descifrar el mensaje**. Aquí es útil darle más **estructura a la entrevista y establecer los límites de ella**.

Paciente llorón: aunque la postura del médico resulta incómoda debe aceptarla como parte del acto terapéutico, es una oportunidad del médico para estar más cerca del paciente, ya que tras la crisis el adolescente se sentirá aliviado dando paso a la confianza en la mayor parte de los casos.

El apoyo silencioso es recomendable, pues la mayoría de los pacientes logran controlarse en un corto periodo de tiempo (y recuerde tener en su consulta pañuelos desechables).

Paciente agresivo-enojado: Se mantendrá una actitud firme y tranquila sin responder airadamente, sin amedrentarse, esperando el final de los momentos violentos y haciendo saber cuándo sea oportuno lo inconveniente de su actitud dentro del dialogo sosegado y colaborador.

Aun los clínicos más entrenados pueden involucrarse en forma negativa con los pacientes agresivos y terminan agrediéndolos también. Recuerde que usted no es el motivo de la rabia. La manera más productiva de manejar la situación es reconocer el sentimiento (“estas muy molesto”), identificar la causa de su enojo (a veces puede ser la larga espera en la sala de consulta), y ofrecer ayuda o las excusas si la falta es del profesional.

Paciente escéptico: No cree que la entrevista resuelva su problema y aunque colabora, ya que no es hermético, será necesario encontrar algún vestigio que permita analizar y dar posibles soluciones a sus dudas y problemas.

Paciente fabulador: Entre fábulas y regaños hay que buscar el inicio de la trama para poder desenmascararlo.

Paciente justificativo: Acude voluntariamente a la consulta para obtener algún beneficio, acallar a los padres o tutores o hacer cumplimiento de órdenes, sin estar interesado en la posible ayuda que se le pueda prestar. Es un paciente muy difícil que va a requerir varias sesiones para que comprenda que se encuentra quizá en situación de riesgo^{2,4}.

Consejos prácticos:

En la entrevista clínica del adolescente lo primero es aceptar al joven incondicionalmente (con el fin de lograr una relación empática) y asegurarle la confidencialidad mientras que no signifique compromiso vital (riesgo para su vida o la de los demás), actividad criminal o maltrato. Se trata de crear un vínculo terapéutico de interacción recíproca³.

Establecer una relación cálida y afectiva, sin miedo al compromiso de confidencialidad, dejando claros los límites del secreto profesional (riesgo para la vida o de los demás, actividad criminal o maltrato).

Transmitir al adolescente que le aceptamos como persona (aunque no aceptamos sus conductas), que es importante para nosotros, que nos interesa que le vaya bien y que puede contar con nosotros cuando nos necesite.

Tomar en consideración todo mensaje verbal

o no verbal del adolescente, evitando hacer juicios de valor sobre los mismos.

Evitar proyectar los sentimientos de nuestra propia adolescencia o asumir un papel como sustituto de los padres.

Tener en cuenta las necesidades de cada uno (entrevistador y adolescente), delimitando y dejando claros los espacios de cada uno (se trata de que cada uno esté en su lugar)³.

Técnicas útiles en la comunicación con el adolescente:

Preguntas abiertas

Permiten que las respuestas no se limite a un sí o un no, de esta manera, el adolescente se puede explicar o incluso reflexionar en voz alta.

Preguntas facilitadoras

Son útiles para abordar temas delicados con gran contenido emocional, le transmitimos que lo que sucede también le pasa a otras personas y que no es el único que se encuentra en esa situación.

Espejo

Realizar escucha activa mediante la repetición de sus frases.

Empatía

Le hacemos saber que podemos entender lo que sucede, estemos o no de acuerdo con su conducta.

Resúmenes

Resumir en voz alta de lo que nos explica; ponemos de manifiesto si lo hemos entendido y permite exponer las posibles contradicciones de sus conductas³.

El recurrir a los acrónimos como los citados, que en cada apartado nos darán la oportunidad de recoger múltiples datos a continuación se resumen los más utilizados:

El acrónimo **F.A.C.T.O.R.E.S.** (Familia,

amigos, colegio, tóxicos, objetivos, riesgos, estima, sexualidad) es útil como guión de la anamnesis y a la vez se realiza el interrogatorio, también se puede dar al paciente información sobre algunos temas relacionados, el propuesto por Goldenring: **H.E.A.D.S.S** (Hogar, educación, actividades, drogas, sexualidad, suicidio).

Ha sido ampliada **H.E.E.A.D.S.S.S.** (eating, alimentación; safety, seguridad), tiene la misma finalidad al igual que las ocho ces de Silver (calcio, colesterol, cigarrillos, condón, cinturón de seguridad, comprensión/cariño, comida, casco)^{2,3,5,7,8,9}.

De las cinco áreas, Brown y Hederson que explora salud física, relaciones con los amigos, vida afectiva, hogar/familia, escuela/trabajo³.

La entrevista clínica es una poderosa herramienta para prestar una atención diferente para una edad diferente. Reconociendo que el mundo de la adolescencia y juventud es un tiempo de ilusión y de espera en el que se fragua el proyecto de vida, es nuestra obligación dar un paso adelante y conseguir una asistencia acorde con los tiempos actuales⁵.

Se debe prestar atención a la advertencia del **Juez Learned Hand** cuando dice: "Nuestros peligros, tal como yo creo, no provienen de los violentos si no de los conformistas, no de aquellos que bajo la lóbrega censura de la murmuración perturban nuestra complacencia moral o nos molestan con conductas poco usuales, sino aquellos otros, la masa de nosotros mismos, que eligen sus virtudes y sus gustos, tanto como sus camisas y sus muebles dentro de los modelos limitados que ofrece el mercado... Nuestro problema como yo lo veo, es el de darle a ese maniquí totalmente abrumado por lo que ahora hemos dado en llamar propaganda, la oportunidad de sobrevivir como persona y no solo como una hoja que se mueve al viento, o como un símbolo dentro de una fórmula"¹⁰.

REFERENCIAS

- 1.- Wuani EH. La historia clínica. Evolución histórica, objetivos. Su importancia. La tecnología y la relación médico-paciente, hoy y mañana. Med Interna (caracas) 2010; 26(3): 139-51.
- 2.- Castellano BG, Hidalgo VI, Aprendamos a entrevistar adolescentes. Examen físico del adolescente. Revista de Pediatría de atención primaria. 2001; 111(12): 55-68.
- 3.- Ruiz LP. La entrevista clínica del adolescente. Jano 2009: 31- 3.
- 4.- Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M, Suárez OE. Enfoque clínico de la atención de salud del adolescente. OPS. OMS. 1992: 1-31.
- 5.- Castellano BG, Hidalgo V. Entrevista clínica del adolescente. En: Hidalgo V, Redondo R, Castellano B. Medicina de la adolescencia. OCEANO/ergon 2012: 11-8.

- 6.- Cornella CJ, Llusent GA. La relación médico-adolescente. La entrevista clínica. Castellanos BG, Hidalgo VM, Redondo RA. Medicina de la adolescencia. Atención integral. ergon. 2004: 3-11.
Castellano BG, Vicario HI. Aprendamos a entrevistar adolescentes. Examen físico del adolescente. Revista Pediatría de Atención Primaria. 2001; 3(12): 55-68.
- 7.- Gaspa MS, García TF. Relación médico-adolescente. Técnicas de entrevista Aspectos legales. Pediatría Integral. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. 2005; IX(1): 13-9.
- 8.- Fuller PG, Cavanaugh RM. Valoración básica y pruebas de detección para abuso de sustancias, en el consultorio del pediatra. Rogers PD, Wener MJ. Abuso de sustancias tóxicas. Clínicas pediátricas de Norteamérica. McGraw-Hill Interamericana. 1995;5: 279-91.
- 9.- Fuente: Heyman RB, Adger H. Método de consultorio para prevención de Abuso de consumo de drogas. Stramburger VC, Brown RT. Medicina en adolescentes. Clínicas pediátricas de Norteamérica. McGraw-Hill Interamericana. 1997;&: 1463-72.
- 10.- Roswell GJ. Impacto que causan los familiares, maestros y compañeros sobre los adolescentes. Shen J. Medicina de la adolescente. Manual Moderno. 1983: 20-7.