

ABORDAJE DEL ADOLESCENTE POR EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Dra. Raquel Gutiérrez de Mock

En nuestro país, como en muchos otros países, los adolescentes componen un grupo etario bajo el cuidado de los médicos de atención primaria, de allí que los médicos familiares y generales deban estar preparados para ofrecer cuidados de calidad, sobretodo de orden preventivo. Análisis de las estadísticas de la Región Metropolitana de Salud del Ministerio de Salud (MINSa) revelan que de las consultas efectuadas en un año en los niños de 10-14 años 62% fueron hechas por médicos generales, 32% por médicos pediatras y 7% por enfermeras. En el grupo de 15 a 19 años para ese mismo año 99% de las consultas fueron efectuadas por médicos generales.

En Panamá se ha tratado de implementar en varias ocasiones la clínica del adolescente para un día de la semana. Esta iniciativa aunque valiosa no ha logrado consolidarse, ya que los adolescentes al igual que los niños son básicamente sanos, requieren poca asistencia médica y no es habitual que tengan enfermedades graves. Ellos asisten a consulta, básicamente, cuando están padeciendo una morbilidad común, llegan cualquier día y es importante estar preparados para abordarlos de forma integral. Dentro de ello es importante atender con efectividad la morbilidad que los trajo a la consulta e identificar los riesgos biosicosociales a que están expuestos.

La consulta de adolescentes es especial porque estos ya no dependen en muchos aspectos de sus padres y todavía no han alcanzado la madurez de los adultos. Tampoco han alcanzado la independencia en aspectos legales. Muchos de ellos son realmente ambiguos pues algunos suelen molestarse por la presencia de los padres durante la consulta, y otros no se atreven a hablar si no está uno de los padres. Otros desconfían del médico en cuanto a la confidencialidad de la información y otros suelen abrirse ante el médico, pues no tienen nadie más en quién confiar.

Es importante conocer estas particularidades de los adolescentes para lograr una entrevista verdaderamente eficaz. Para ello es necesario que se den ciertos requisitos como la presencia de un ambiente físico y psicológico apropiado, que garantice la confidencialidad y privacidad. Estos son elementos claves en la atención de los y las adolescentes. Otros aspectos fundamentales de la consulta son la atmósfera soportiva y el escuchar de manera empática. Esto implica que al momento de la intervención nos

convertimos en escuchas activos y no debemos emitir juicios en relación con los datos de la entrevista. Nuestro lenguaje corporal también debe estar acorde con el verbal, esto no es fácil ya que los valores y creencias que caracterizan nuestra mente, de manera inconsciente, se van a reflejar en muchas de nuestras actitudes durante la entrevista.

Conocer como somos en nuestro interior, ayuda a alcanzar un nivel de profesionalismo mas elevado en el ejercicio de la práctica con adolescentes. Esto permitirá relacionarnos adecuadamente con la persona de los pacientes, al ser más concientes de nuestros prejuicios. Es muy efectivo durante la entrevista con adolescentes, la utilización del método socrático. Ello implica que durante la entrevista hacemos preguntas abiertas que el adolescente va contestando y lo vamos dirigiendo a que el o ella encuentre muchas de las respuestas a sus inquietudes. Esta técnica promueve la reflexión, tal como dice Sócrates “la verdad es la que viene de adentro”. Con ello evitamos la intervención de nuestros propios valores, al emitir juicios y opiniones en relación con la conducta del paciente. También limitamos el dar consejos o recomendaciones que no estén basadas en un conocimiento mas objetivo de la problemática social y familiar, que afecta a la persona de nuestro paciente adolescente.

Son muchas las razones para proteger la confidencialidad y privacidad en la entrevista de adolescentes, de allí que, al momento de la intervención, los padres y la auxiliar de enfermería deban salir del consultorio. Nuestra actitud ante los problemas de estos debe ser de tolerancia y comprensión, ya que el papel de jueces o críticos deteriora la relación médico paciente e impide identificar los riesgos sicosociales que les afectan. Debemos recordar que muchos de estos adolescentes provienen de familias disfuncionales con problemas de comunicación, falta de confianza en los padres, y violencia. Se da el caso que una buena cantidad de ellos adolecen del apoyo de personas adultas de respeto con los que puedan compartir una relación de confianza y reciban consejos sanos.

Hay situaciones con los jóvenes como el consumo de drogas, la presencia de embarazo, las ideas suicidas y las infecciones por VIH que justifican romper la confidencialidad médico-adolescentes.

La empatía es percibida por los adolescentes como un interés genuino del médico por ayudarles, lo cual fortalece la relación. Esto favorece que se de la continuidad del cuidado y la confianza, elementos tan necesarios para que podamos ayudarlos a disminuir

sus riesgos sicosociales. La continuidad garantiza que los jóvenes regresen una y otra vez, además con cada entrevista se fortalece la confianza y allí ganamos una posición de suma importancia para influir de manera positiva en las conductas de riesgo.

Los adolescentes deben ser evaluados por el médico de atención primaria por lo menos una vez al año. En el abordaje es necesario tomar en cuenta aspectos como el tipo de familia a que pertenece, cómo es la relación con los padres y el grado de confianza para hablar temas de sexo. También hay que considerar las enfermedades de la niñez y la adolescencia, los intereses personales como proyecto o metas en la vida. Las experiencias sexuales, el uso de tabaco, alcohol y otras drogas. A todos se les debe realizar consejería de promoción de ejercicios, nutrición saludable, y de prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual mediante la abstinencia sexual en primera instancia y la orientación en el ejercicio de una sexualidad responsable, para quienes ya tienen vida sexual activa.

Contrario a lo que muchos piensan, la adolescencia representa una etapa de adaptación al crecimiento, caracterizada por continuidad en el desarrollo más que una interrupción, una formación gradual de la identidad más que una crisis de incapacidad, una época de estabilidad emocional más que de desorden, una época de armonía generacional más que de conflicto.¹

La complejidad del desarrollo de los adolescentes se relaciona con el proceso de independencia del hogar, la formación de su identidad, la identidad sexual, habilidades sociales y el desarrollo cognitivo. El desarrollo de la etapa de la adolescencia tiende a coincidir con la crisis de la mediana edad de los padres, en estos casos se pueden generar conflictos generacionales.

Tanto los programas de promoción como la prestación del servicio clínico al grupo de adolescentes requieren que éstos estén orientados según las etapas de la adolescencia. Esto es importante porque existen diferencias como las causas de morbilidad y mortalidad que se relacionan con el grado de desarrollo. Se recomienda, además, mostrarse sensible a las diferencias sociales, culturales y étnicas.

¹ Irving Weiner. Normality During Adolescence. Textbook of Adolescence Medicine. W.B. SAUNDERS COMPANY PHILADELPHIA. 1992. Un desarrollo psicológico adecuado durante la adolescencia implica un patrón de comportamiento adaptable a las tareas específicas de su edad. Un desarrollo psicológico anormal implica que no hay una adaptación apropiada a situaciones características de jóvenes de la misma edad. Los comportamientos poco comunes no significa que sean anormales, éste es el caso de los jóvenes talentosos, brillantes, energéticos, autoconfidentes, supersociables.

1. Adolescencia temprana: edad comprendida entre los 10 y los 14 años. La característica de mayor importancia en esta etapa es la pubertad. Tanto en el varón como en la niña se presenta el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. En esta etapa se puede presentar la telarquia, la pubarquia, y la menarquia a partir de los nueve años. Mientras que en el varón los sueños húmedos, la pubarquia y el crecimiento de los genitales externos, se presenta un par de años después que la niña. Durante esta etapa, también se presentan los cambios repentinos de humor, el espíritu de independencia, la necesidad de pertenecer a un grupo, y la transición escolar de primaria a secundaria.

La descripción de estas características le confiere a la adolescencia temprana las siguientes vulnerabilidades. Trastornos biológicos y sicosociales asociados a la pubertad, experimentación con drogas, sexo y alcohol ante la presión de grupo negativa. Además si alguno de los padres habla por el adolescente y se rehúsa a salir del consultorio debemos sospechar algún tipo de disfunción.

Debemos estar atentos al lenguaje corporal y a la distancia y la forma como se agrupan el adolescente y su familia cuando asisten al consultorio.

2. Adolescencia intermedia: edad comprendida entre 15 y 16 años. Ocurre una transición cognoscitiva de operaciones concretas a formales. Esto le confiere a el o la joven la capacidad de desarrollar sus propias ideas, motivo por el cual se presenta la separación emocional de los padres y la necesidad de privacidad. Se presenta, además, interés por el sexo opuesto, hecho que condiciona las relaciones sexuales y, por ende, consecuencias como el embarazo y la infecciones de transmisión sexual. Este hecho es confirmado por las estadísticas de embarazos en adolescentes. Otra característica de ésta etapa y de orden psicológico es el sentimiento de invulnerabilidad “sensación de que nada malo me va a ocurrir pues soy indestructible”, esto explica el elevado número de embarazos, de accidentes de vehículos a motor y de muertes violentas en general que se presentan a estas edades.

3. Adolescencia tardía: edad comprendida entre los 17 y 19 años. En esta etapa la mayor parte de los adolescentes alcanzan su identidad personal, la separan emocionalmente de los padres y logran un mejor control de los impulsos. En esta etapa toman decisiones más apropiadas con respecto a su cuerpo y su vida futura. Por lo general, a esta edad los

adolescentes son más receptivos a las recomendaciones de salud en cuanto al sexo seguro, la prevención del embarazo no deseado, y los autocuidados médicos en general.

Las consejerías que realice el personal médico con sus pacientes adolescentes, son de suma importancia en la adolescencia tardía. Si estas están enmarcadas en un ambiente de privacidad y confidencialidad apropiada y una relación empática y no prejuiciosa, tienen un efecto muy poderoso sobre la conducta del o la adolescente. Esto es así porque el pensamiento de operaciones formales, alcanzado alrededor de los 15 años, les permite a los adolescentes tardíos reflexionar y percibir las situaciones de peligro. Esto ocurre mucho más en aquellos que han alcanzado desarrollar su foco de control interno.

El **foco de control interno** tiene una estrecha relación con la crianza y la estabilidad familiar que ha caracterizado la vida del joven. Si en las primeras etapas hubo estabilidad de la unidad parental, hubo buena comunicación, se manejó adecuadamente la disciplina, se compartieron valores como el respeto, el compromiso y la tolerancia, es muy posible que los jóvenes de estas familias, hayan desarrollado un buen foco de control interno. Si por el contrario hubo maltrato, abandono, muerte de uno de los padres, divorcio, pobre comunicación, alcoholismo, drogadicción, inestabilidad de las figuras paternas, enfermedades crónicas, y disciplina inconsistente, esta situación, puede manifestarse en la adolescencia como jóvenes problemáticos. Esto implica que van a mostrar conductas peligrosas, pues serán muy vulnerables a todos los factores externos que implican riesgo.

Los adolescentes con un foco de control interno débil suelen ser tener un foco de control externo. Ellos están muy expuestos a la presión negativa del grupo de pares y de la sociedad. Estos y estas jóvenes son quienes se embarazan a una temprana edad, quienes padecen de baja autoestima, quienes sucumbirán ante las drogas, el alcohol, el sida, el pandillerismo, la violencia social y la delincuencia.

Las investigaciones demuestran que son los mismos quienes presentan problemas en todas las facetas: la familia, la escuela, la sociedad. Pudiésemos decir que existe una gran proporción de jóvenes en nuestro medio, con un foco de control externo, en relación con el problema de una familia vacía y con una escala de valores invertida.

De qué se enferman y mueren nuestros jóvenes? Un análisis de las estadísticas de morbilidad del Ministerio de Salud para el año 2002 mostró las causas de morbilidad con los siguientes datos:

MORBILIDAD VARONES Y MUJERES 10-14 AÑOS	MORBILIDAD VARONES Y MUJERES 15-19 AÑOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Influenza o gripe 2. Caries dental 3. Diarrea y gastroenteritis 4. Rinofaringitis o resfriado común 5. Otras inf. agudas de vías supe. 6. Enf. Parasitosis intestinal 7. Hipoderma 8. Asma 9. Faringitis 10. Infección de vías urinarias 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Influenza o gripe 2. Caries dentales 3. Diarrea y gastroenteritis 4. Infecciones urinarias 5. Rinofaringitis y resfriado común 6. Otras inf. agudas vías supe. 7. Enf. Parasitosis intestinal 8. Gastritis 9. Faringitis 10. Pioderma

*Dirección nacional de Política de Salud . Dep.. de Análisis de Situación y tendencia de Salud. Sección de registros médicos y estadísticas de Salud. Estadísticas 2002. Agosto 2003

MORTALIDAD 10-24 AÑOS CINCO PRIMERAS CAUSAS	
10-14	15-24
<ol style="list-style-type: none"> 1. Lesiones autoinflingidas, agresiones y otras violencias 2. Tumores malignos 3. Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso. 4. Malformaciones congénitas. 5. Desnutrición. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Accidentes, lesiones, autoinflingidas, agresiones y otra violencia. 2. Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) 3. Tumores malignos 4. Tuberculosis 5. Anemias

*Defunciones y Tasas de Mortalidad de las 5 principales causas de muerte en la República, por sexo y edad. 2002 Estadísticas Vitales. Contraloría de la Rep. Panamá.,

¿Cuanta relación existe entre las causas de morbilidad y mortalidad en el grupo de los adolescentes?

En realidad **ninguna**, pues los programas desarrollados en el cuidado primario no están encaminados a la detección del riesgo psicosocial. La morbilidad registrada mediante la aplicación del modelo biomédico, expone una lista de procesos intercurrentes comunes, que se constituyen en las principales causas de enfermedad que llevan a los adolescentes a buscar atención en los centros de atención primaria. Esta lista de morbilidades no tiene ninguna relación con las primeras causas de muerte descritas para el grupo de edad de 10-24 años. Si observamos la primera causa de muerte tanto en hombres como en mujeres es la **VIOLENCIA**,. Según reportes, ² en los Estados Unidos y México también las causas violentas se constituyen en la primordial generadora de muertes en el grupo etario que va

de los 15 a los 24 años. Estas muertes obedecen, en primera instancia a accidentes de tráfico por vehículos a motor, homicidios y lesiones inflingidas intencionalmente por otras personas. A los suicidios y homicidios en ambos países le siguen los tumores malignos, sin embargo en el grupo de 15 a 24 años, la inmunodeficiencia por VIH ostenta el segundo lugar. Hay tres conclusiones importantes a que llegar según estos datos:

1. Existen diferencias de género en cuanto a la mortalidad en los muchachos y las muchachas, “los muchachos mueren más en cantidad durante las adolescencia, y principalmente por causas violentas”. En el año 2000 hubo 235 muertes de jóvenes de 5-14 años de las cuales 141 fueron varones y 94 mujeres. En el grupo de 15 -24 años se registraron 522 muertes de las cuales 378 fueron varones y 144 mujeres, en este grupo 306 muertes fueron por causas violentas (58 %), mientras que en el de 5-14 fueron 78 causas violentas de 235 muertes (33 %).

Si las intervenciones preventivas deben estar dirigidas a la disminución de la morbimortalidad, hay que establecer un abordaje de adolescentes que verdaderamente detecte el riesgo sicosocial para que pueda ser registrado. Las intervenciones preventivas por ende deben estar dirigidas a la disminución de dicho riesgo. Las intervenciones deberán ser de promoción y prevención tanto clínicas como comunitarias. En la clínica las intervenciones preventivas se basan en la inmunización, las consejerías y las pruebas de rastreo aplicadas a jóvenes con factores de riesgo. En la comunidad el trabajo coordinado con escuelas, clubes cívicos y grupos organizados para la ejecución de todo tipo de intervención, pero principalmente las educativas. En comunidades postergadas el trabajo con líderes adolescentes como inóculo social para inducir el cambio favorable en el grupo de pares. También es importante desarrollar intervenciones de rehabilitación para los casos de jóvenes con problemas de drogadicción, alcoholismo, abuso sexual, deserción escolar, embarazo precoz, etc.

2. Las diferencias de género deben ser consideradas en las intervenciones preventivas. Esto implica que si tomamos en cuenta el alto riesgo de los varones de morir por causas violentas, debemos diseñar estrategias que involucren a los varones para su transformación en personas más asertivas, con autocontrol, respeto por la vida, etc.

² INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA DE MÉXICO.

3. Las intervenciones dirigidas a la prevención de infección por VIH se hacen cada vez más importantes, dado el alto puesto que se ha adjudicado en las causas de mortalidad en jóvenes.

Aspectos básicos del abordaje de los adolescentes.

1. Comportamiento con respecto a la salud: hábitos nutricionales, trastornos de alimentación, obesidad, condicionamiento físico, abuso de alcohol, drogas, y tabaco:

Es una responsabilidad de todo médico (a) de atención primaria indagar anualmente acerca de los hábitos con respecto a la salud en los jóvenes. Cada año se debe pesar, tallar, tomar la presión arterial, calcular el índice de masa corporal. Aquellos jóvenes que hayan perdido un 10% de su peso previo, que manifiesten sentimientos inapropiados con respecto a su sobrepeso, o que utilicen medidas extremas para perder peso deberán ser evaluados por sospecha de anorexia nerviosa o bulimia.

Los adolescentes atletas parecen presentar mayor prevalencia de deficiencia de hierro y de anemia que otros jóvenes no deportistas, al parecer porque el ejercicio extremo produce hemólisis intravascular y pérdida crónica a través de tracto gastrointestinal.

La obesidad durante la adolescencia tiene implicaciones sobre la salud como elevación de la presión arterial, baja autoestima, y depresión. Los estudios en el área muestran que el nivel de adiposidad durante la infancia trasciende durante la adolescencia, y esa obesidad continúa en la vida adulta.

Todo programa de adolescentes debe incluir la consejería de prevención de tabaquismo, debido al rápido incremento en el uso de los productos del tabaco que ocurre en la adolescencia. El intervalo entre la primera experiencia con el uso del tabaco y el desarrollo de la adicción a la nicotina es aproximadamente de dos años. Este período de tiempo representa una "ventana de oportunidades" para implementar un programa exitoso de prevención de tabaquismo en jóvenes. La estrategia de prevención primaria consiste en orientar a los adolescentes para que no comiencen a fumar, y la secundaria en identificar a los fumadores antes de que hayan desarrollado el hábito.

En cuanto a la actividad física es importante que los médicos de atención primaria practiquemos la orientación consistente de todos los jóvenes, en relación con los beneficios físicos, emocionales, y sociales de practicar deportes. Hay varios tipos de actividad física que incluyen desde la participación en deportes organizados y condicionamiento aeróbico,

hasta la ejecución de tareas en el hogar. El mayor beneficio se obtiene con la participación en ejercicios que implican actividad física planeada, estructurada, y repetitiva. La experiencia en deportes durante la adolescencia tiene una importante influencia en el comportamiento de adultos con respecto al ejercicio.

2. Accidentes intencionales y no intencionales: cada visita al consultorio debe ser aprovechada para realizar intervenciones educativas dirigidas a ayudar a los adolescentes a abstenerse del uso de alcohol y otras drogas que le impidan un buen juicio mientras conduce un automóvil, . El uso de cinturón de seguridad, casco para bicicleta y motocicleta puede salvar vidas. También es importante identificar vías pacíficas para la resolución de conflictos.

Los daños pueden ser considerados como intencionales y no intencionales. El grupo de intencionales incluye los suicidios, homicidios, y otras formas de violencia de interpersonales. Al grupo de los no intencionales pertenecen los accidentes por vehículos a motor, ahogamientos, y los traumas físicos en los atletas.

3. Desarrollo Psico-sexual y las consecuencias negativas de la sexualidad: el aprendizaje de apropiadas actitudes y comportamientos sexuales es uno de los mayores componentes de la adolescencia. El riesgo a la salud asociado al VIH ha acentuado la necesidad de desarrollar una conducta sexual responsable. Las estrategias para lograrlo incluyen: proveer a los adolescentes de una guía que promueva un mejor entendimiento del desarrollo sicossexual. Cómo se transmite el VIH, cuales son los daños que produce, cual es la importancia del uso consistente del preservativo.

Es muy importante hablarles de la efectividad de la abstinencia sexual como la mejor manera de prevenir el SIDA y el embarazo no deseado. Este es el método mas barato, más seguro y el único que permite mantener la relación con Dios y los principios cristianos.

4. Depresión y suicidio: todos los adolescentes debieran ser interrogados por signos y síntomas de depresión anualmente. Especial atención debe prestarse a aquellos adolescentes que presentan disminución en su rendimiento escolar, en los que usan alcohol o drogas, y en los que se deteriora la relación con los padres y los amigos. El riesgo de suicidio esta

determinado por una acumulación de condiciones que incluyen: disfunción familiar, abuso sexual y físico, abuso de drogas, historia de depresión severa o recurrente, planes o intentos previos de suicidio. Los padres de adolescentes con riesgo de suicidio deben ser orientados para reducir el acceso a las armas de fuego, y drogas letales dentro de la casa.

5. El adolescente con enfermedades crónicas: las enfermedades crónicas que se presentan desde antes o durante la etapa de la adolescencia tienen un impacto profundo en la autoestima. Tal es el caso de enfermedades como la diabetes mellitus tipo I, las enfermedades renales, las enfermedades neoplásicas, las secuelas de traumatismos, la obesidad, la anemia falciforme, el asma bronquial, el acné severo, o los problemas músculo esqueléticos. Es importante el aporte de un equipo multidisciplinario en el abordaje de los adolescentes con este tipo de padecimientos. El enfoque de la atención debe ser a nivel individual y sistémico, pues todos los problemas de salud tienen un impacto en la familia. Así que, la enfermedad crónica de unos de los padres implica la dificultad en el desarrollo y desprendimiento de los hijos, y por otro lado las enfermedades de los hijos afectará la calidad de la relación de pareja, así como la conformación de la estructura familiar, la definición de los roles y en algunos casos implicará la desintegración de la familia.

Las Guías del Servicio Preventivo de Adolescentes expuestas a continuación exponen de forma resumida los aspectos básicos de la evaluación integral de adolescentes. Estas son muy útiles en la práctica y al anexarlas al expediente funcionan como un instrumento valioso, para recordar las intervenciones. Las mismas han sido extraídas de la publicación de la Asociación Americana para el Servicio Preventivo de Adolescentes.

GUÍAS PARA EL SERVICIO PREVENTIVO DE ADOLESCENTES

TIPOS DE RECOMENDACIONES

<p>1. VISITA DE RUTINA ANUAL: Jóvenes de 11 a 21 años.</p>	<p>13. SCREENING ANUAL POR TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN Y OBESIDAD: Determinar la estatura, preguntar por la imagen corporal y dieta</p>
<p>2. SERVICIO INDIVIDUALIZADO: Es decir sensible a las diferencias de edades, desarrollo, socioculturales.</p>	<p>14. PREGUNTAR ANUALMENTE SI USA PRODUCTOS DEL TABACO INCLUYENDO CIGARETES.</p>
<p>3. SERVICIO REGIDO POR POLÍTICAS: Debe aclararse a los jóvenes que existen disposiciones en cuanto a la confidencialidad y el papel que jugarán los padres en el cuidado.</p>	<p>15. PREGUNTAR ANUALMENTE POR EL USO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS ABUSABLES: Como medicamentos fuera de prescripción médica, incluyendo esteroides anabólicos</p>
<p>4. ORIENTACIÓN A LOS PADRES: Los padres o tutores deben recibir al menos una orientación durante la adolescencia temprana, una durante la intermedia, y preferiblemente una durante la tardía.</p>	<p>16. PREGUNTAR ANUALMENTE SI ES SEXUALMENTE ACTIVO (A) : Comportamiento que puede resultar en embarazos no deseado y enfermedades de transmisión sexual, incluyendo la infección por VIH.</p>
<p>5. ORIENTACIÓN ANUAL A LOS JOVENES: Todos los adolescentes deben recibir una orientación anual para promover un mejor entendimiento del crecimiento físico, su desarrollo psicosexual y psicosocial, y de la importancia de involucrarse en las decisiones acerca del cuidado de su salud.</p>	<p>17. TODO(A) ADOLESCENTE DEBE SER INVESTIGADO POR ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.</p>
<p>6. ORIENTACIÓN ANUAL PARA REDUCCIÓN DE DAÑOS: por golpes o traumatismos.</p>	<p>18. TODOS LOS ADOLESCENTES EN EN RIESGO DE INFECCIÓN SE LE DEBE ORDENAR CONFIDENCIALMENTE LA PRUEBA DE VIH.</p>
<p>7. ORIENTACIÓN ANUAL DE HÁBITOS SALUDABLES: Hábitos nutricionales, los beneficios de la misma, y el manejo del peso.</p>	<p>19. ADOLESCENTES FEMENINAS SEXUALMENTE ACTIVAS SE LE DEBE TOMAR PAPANICOLAOU CADA AÑO.</p>
<p>8. ORIENTACIÓN ANUAL DE LOS BENEFICIOS DEL EJERCICIO: Impulsarlos para que hagan ejercicio en forma regular y segura.</p>	<p>20. EVALUAR ANUALMENTE POR EMOCIONES COMPORTAMIENTOS O EMOCIONES QUE INDIQUEN DEPRESIÓN.</p>
<p>9. ORIENTACIÓN ANUAL DE COMPORTAMIENTO SEXUAL RESPONSABLE Y ABSTINENCIA: Uso apropiado de preservativo, y métodos apropiados de planificación familiar.</p>	<p>21. EVALUAR ANUALMENTE POR HISTORIA DE ABUSO SEXUAL, EMOCIONAL, O FÍSICO.</p>
<p>10. ORIENTACIÓN ANUAL PARA EL NO USO DE TABACO, ALCOHOL Y DROGAS.</p>	<p>22. PREGUNTAR ANUALMENTE POR PROBLEMAS ESCOLARES O APRENDIZAJE.</p>
<p>11. SCREENING ANUAL POR HIPERTENSIÓN De acuerdo al protocolo desarrollado por el Instituto Nacional del Corazón, Pulmón y Sangre.</p>	<p>23. APLICAR TEST DE TUBERCULINA A AQUELLOS JOVENES EXPUESTOS A TUBERCULOSIS ACTIVA.</p>
<p>12. SCREENING ANUAL SELECTIVO POR RIESGO DE HIPERLIPIDEMIA Y ENFERMEDAD CORONARIA: Siguiendo el protocolo del Panel de Expertos en niveles de Colesterol en niños y adolescentes.</p>	<p>24. TODO (A) ADOLESCENTE DEBE RECIBIR IMMUNIZACIÓN PROFILÁCTICA DE ACUERDO A LAS GUÍAS ESTABLECIDAS.</p>

GUÍA PARA EL SERVICIO PREVENTIVO DE ADOLESCENTES

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Procedimiento

Fases de la adolescencia

	Temprana			Intermedia			Tardía				
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
HISTORIA DE SCREENING											
DESORDENES DE ALIMENTACIÓN (1)											
USO DE TABACO (14)											
USO DE ALCOHOL Y DROGAS (15)											
ACTIVIDAD SEXUAL (16)											
DEPRESIÓN (20)											
RIESGO DE SUICIDIO (20)											
ABUSO EMOCIONAL, SEXUAL Y FÍSICO (21)											
DESEMPEÑO ESCOLAR (22)											
EXÁMEN FÍSICO											
Evaluación física (1)											
Presión arterial (11)											
Índice de masa corporal (13)											
LABORATORIOS											
Colesterol (12)											
Gonorreya, Chlamidia, IVPH (17,18)											
HIV, SIDA (17,18)											
Papavicoloma (19)											
Tuberculosis (23)											
IMMUNIZACIONES											
Sarampión, paperas, rubéola (24)											
Tétano-Difteria (24)											
Hepatitis B (24)											
Varicela (24)											
CONSEJERÍAS											
A los padres (4)											
De desarrollo (5)											
Prevención de daños (6)											
Dieta y ejercicio (7,8)											
Estilo de vida (9,10)											

Historia de screening: donde se indaga por rasgos de depresión uso de tabaco, riesgo de tabaco, abuso emocional y desempeño escolar.

- **Examen Físico:** donde se evalúa principalmente la presión arterial, el índice de masa corporal. Esta indicado también evaluar la columna torácica.
- **Laboratorios de rutina:** que se efectúan en adolescentes, colesterol total en caso de historia familiar y pruebas por infecciones de transmisión sexual que están sexualmente activos.
- **Inmunizaciones**
- **Consejerías**

Referencias:

- 1. Mock, Raquel Gutiérrez (de). El adolescente Panameño. Apuntes de la Cátedra de Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad de Panamá. 1997.**
- 2. Textbook of Adolescence Medicine. United States Demographic Profile.W.B. Saunders Company Philadelphia, 1992.**
- 3. American Medical Association. Ama Guidelines For Adolescent Preventive Services (GAPS). Recommendation and Rationale. Williams & Wilkins 1994.**
- 4. Mock, Raquel Gutiérrez (de). Sida y Juventud. Memorias del IX Congreso Mundial de Derecho de Familia. Panamá. 1996.**
- 5. Pransky Jack. Prevention: The Critical Need. Burrell Foundation Press 1300. Bradford, MO.65804.1991.**