



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

**La Consulta de Enfermería del adolescente como recurso
para el abordaje de los factores de riesgo desde
Atención Primaria**

Estudiante: Beatriz Marina García

Tutelado por: Fátima María Laborda Higes

Soria, 12 de julio de 2019

RESUMEN

Introducción. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como “un periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años”. Existen una gran variedad de barreras que limitan el acceso de los adolescentes a nuestro Sistema Nacional de Salud, por lo que la OMS ha elaborado una serie de normas para mejorar la calidad de los servicios de salud que se prestan a los adolescentes. El papel de enfermería, así como el resto del equipo interdisciplinar, es imprescindible para abordar y solucionar los problemas que se presentan en esta etapa.

Objetivos. Analizar la importancia de la creación de una consulta de enfermería como recurso para el abordaje de factores de riesgo de la adolescencia desde Atención Primaria, describir el estilo de vida de la población adolescente y cómo influye en su salud; y desarrollar una propuesta de la organización de la consulta de enfermería dirigida a adolescentes en Atención Primaria.

Metodología. Se ha realizado una revisión bibliográfica en distintas bases de datos como Cuiden, Dialnet, Pubmed, Scielo y Cinalh. Además, se han consultado diferentes guías, publicaciones y páginas web de las sociedades científicas más relevantes.

Resultados. Los adolescentes están expuestos a diversos factores de riesgo personales, sociales y ambientales siendo las conductas y comportamientos de riesgo más prevalentes, el consumo de alcohol, tabaco y drogas, lesiones no intencionales en seguridad vial y prácticas acuáticas, hábitos alimentarios y sedentarismo, hábitos sexuales, uso abusivo de TIC's, acoso escolar, violencia de género, problemas mentales y fracaso escolar. Estos aspectos son los que se deben abordar en consulta del adolescente. La Atención Primaria y los profesionales de enfermería son el contexto ideal para el abordaje de los factores de riesgo y la consecución de dichas actividades.

Conclusión. La consulta de enfermería dirigida al adolescente en Atención Primaria se presenta como un recurso accesible para mejorar la calidad de vida de esta población, favoreciendo la continuidad asistencial para abordar los problemas que se presentan en esta etapa.

Palabras clave. Adolescentes, enfermería, Atención Primaria, conducta de riesgo.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	4
3. OBJETIVOS.....	4
4. METODOLOGIA.....	5
5. RESULTADOS.....	7
5.1. El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes.....	7
5.2. Lesiones no intencionales en seguridad vial y prácticas acuáticas en adolescentes.....	8
5.3. Los hábitos alimentarios y el ejercicio físico en adolescentes.....	8
5.4. Los hábitos sexuales en la adolescencia.....	9
5.5. Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC's) y los diferentes tipos de acoso en adolescentes.....	10
5.6. Violencia en parejas adolescentes.....	11
5.7. Los trastornos mentales en la adolescencia.....	11
5.8. La etapa escolar en la adolescencia.....	12
6. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	13
6.1. La creación de la consulta monográfica de enfermería para el adolescente.....	13
6.2. Actividades de la consulta monográfica de enfermería del adolescente.....	16
7. CONCLUSIONES.....	20
8. BIBLIOGRAFIA.....	21
9. ANEXOS.....	26

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1: Diagrama de flujo: Estrategia de búsqueda bibliográfica realizada.....	5
Figura 2: Diagrama de flujo: Selección de otras fuentes de certificado oficial.....	6

LISTADO DE ABREVIATURAS:

AEP: Asociación de Pediatría Española.

AEPap: Asociación Española de Pediatría de atención primaria.

ALAPE: Asociación Latino Americana de Pediatría.

ANAR: Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo.

AVAC: Años de vida ajustado por calidad.

BOE: Boletín Oficial del Estado.

EIR: Enfermero Interno Residente.

E.S.O: Enseñanza Secundaria Obligatoria.

ESTUDES: Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias.

ETS: Enfermedad de Transmisión Sexual.

FEN: Fundación Española de Nutrición.

IMC: Índice de masa corporal.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

InJuve: Institutito Nacional de la Juventud.

I.T.S: Infecciones de Transmisión Sexual.

LBAP: Ley Básica de Autonomía del Paciente.

MIR: Médico Interno Residente.

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PENIA: Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia.

TCA: Trastornos del Comportamiento Alimentario.

TFG: Trabajo de Fin de Grado.

TIC's: Tecnologías de la Información y de la Comunicación.

TIS: Tarjetas de Identificación Sanitaria.

SEMA: Sociedad Española de Medicina en la Adolescencia.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

1. INTRODUCCIÓN:

La adolescencia es un periodo de la vida que se inicia en la pubertad y termina cuando cesa el desarrollo biopsicosocial. Se caracteriza por los intensos cambios que afectan a las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de la persona.¹⁻²

El concepto de pubertad delimita el comienzo de la adolescencia. Es un proceso biológico que se caracteriza por el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la maduración de las gónadas y glándulas suprarrenales; y la adquisición de la máxima masa ósea, grasa y muscular, alcanzando así la talla adulta.³

La Sociedad Española de Medicina en la Adolescencia (SEMA) en la Declaración de Santiago de Compostela de 1.999 aceptó la edad de la adolescencia según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁴⁻⁵ La OMS define el término de la adolescencia como “un periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años”.⁶ El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), hace una división de esta etapa en dos fases: la adolescencia temprana y la adolescencia tardía.⁷

- Adolescencia temprana (10-14 años), en esta etapa comienzan a manifestarse los cambios físicos, caracterizándose por el inicio de la aceleración del crecimiento, acompañado del desarrollo de los órganos sexuales y de las características sexuales secundarias.
- Adolescencia tardía (15-19 años), en esta etapa ya han tenido lugar la mayoría de los cambios físicos, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro continúa formándose y reorganizándose, de tal manera que se produce un aumento de la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo.

A lo largo de los años, los distintos profesionales sanitarios han ido determinando, que este grupo de edad tiene unas características y necesidades concretas por lo que debe adaptarse la asistencia sanitaria.⁴

En España, en el año 1.985, se fundó la primera unidad de medicina del adolescente en el Hospital Universitario Infantil del Niño Jesús (Madrid) centrada más en el ámbito de la psiquiatría infantil y la unidad de trastornos del comportamiento alimentario (TCA).^{2,4}

La SEMA se fundó en 1.987. Además, en el mismo año se inició en el Hospital de Móstoles (Madrid) la atención específica en el adolescente dentro del Servicio de Pediatría. En mayo de 1.999 se desarrolló el X Congreso en que participaron la SEMA y ALAPE (Asociación Latino Americana de Pediatría), emitiéndose la Declaración de Santiago de Compostela, en el que ambas sociedades se comprometían a colaborar en el desarrollo y proyectos relacionados con la adolescencia y la juventud.^{2,4-5}

En el año 2.000 en el Hospital Gregorio Marañón (Madrid) creó la unidad de Medicina del Adolescente especializada en psiquiatría y en el año 2.007 se fundó la unidad de la adolescencia en el hospital Universitario de la Paz (Madrid).^{2,4} Además en el año 2.018, se abren cuatro unidades hospitalarias de adolescentes especializadas en hematología-oncología en los hospitales del 12 de Octubre (Madrid), Gregorio Marañón (Madrid), Niño Jesús (Madrid) y La Paz (Madrid); y una unidad especializada en psiquiatría en el Hospital Puerta del Hierro de Madrid.⁸⁻⁹

La población adolescente mundial en el año 2.018 comprendida entre las edades de 10 a 19 años representaba un sexto de la población mundial¹⁰, mientras que en España según

datos recogidos del Instituto Nacional de Estadística (INE) en el mismo año, la población total comprendida entre 10 y 19 años fue de 4.687.487, de los cuales entre 10 y 14 años fue de 2.434.173 y entre 15 y 19 años fue de 2.253.314.¹¹

En el año 2017 en España fallecieron en nuestro país 598 jóvenes entre los 10 a 19 años (202 entre 10-14 años y 396 entre 15-19 años) lo que representa el 0,14% de la mortalidad de la población total según datos de la misma fuente. Los tumores constituyen la principal causa de muerte; seguido de los accidentes de tráfico, suicidios, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades del aparato circulatorio y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.¹²

Respecto a la morbilidad, los principales problemas de salud en los adolescentes son consecuencia del desarrollo biológico como: acné, dismenorrea y escoliosis. Así como del desarrollo psicosocial son las conductas de riesgo. Otros son debidos a enfermedades infecciosas, patologías del adulto que aparecen de forma asintomática en la adolescencia como son la hipertensión, obesidad, hiperlipemia y diabetes; y enfermedades crónicas como son las cardiopatías congénitas, las neoplasias o fibrosis quística del páncreas.²

A pesar de que los problemas socio-sanitarios son importantes, los adolescentes apenas acuden a consultarlos, debido a que tienen una percepción positiva de su salud. En la Encuesta Nacional de Salud de España del 2017, se observó que la asistencia sanitaria en Atención Primaria en varones y mujeres de 5-14 años fue de 86% y 88%, mientras que de 15 a 24 años era del 67% y 81%, respectivamente en los últimos 12 meses.¹³

La adolescencia es un periodo muy problemático debido a la exposición de diversos factores de riesgo. La mayoría de sus problemas de salud son consecuencia de comportamientos y hábitos que se han iniciado en esta etapa y que tienen repercusiones graves en su vida actual y/o futura, y en ocasiones son debidos a la imitación de los estilos de vida de los "influencers".^{2, 14} Los principales problemas de salud son debidos a los accidentes, violencia, consumo de alcohol, tabaco y drogas y conductas sexuales de riesgo que conducen a embarazos no deseados e infecciones, entre otras.²

La Estrategia mundial para la salud del 2030 de la OMS para niños y mujeres incluye por primera vez al adolescente como grupo de población. Esta tiene como objetivo principal poner fin a la mortalidad prevenible, mejorar la salud y el bienestar y realizar numerosos cambios para alcanzar un futuro próspero y sostenible. Las principales intervenciones en salud y desarrollo del adolescente que se deben mejorar son: la educación sanitaria, crianza y apoyo, nutrición, inmunización, apoyo psicosocial, prevención de lesiones y de actos violentos, erradicación de prácticas nocivas y abuso de sustancias, información y servicios de salud sexual y reproductiva; así como la gestión de enfermedades transmisibles y no transmisibles.¹⁵

Desde el punto de vista legal, se encuentra la ley 14/2010 de los derechos y las oportunidades en la infancia y adolescencia del Boletín oficial del Estado (BOE) que menciona los derechos de la atención y la protección del niño y del adolescente¹⁶, mientras que desde el punto de vista ético encontramos la Ley Básica de Autonomía del Paciente (41/2002 de 14 de noviembre) que considera la mayoría de edad sanitaria a los 16 años y reconoce la posibilidad de ir tomando decisiones entre los 12-16 años si el menor es considerado maduro.¹⁷

Los Derechos de la infancia están recogidos en el tratado internacional de la Convención de los Derechos del Niño que fue aprobada el 20 de noviembre del 1989 en la

Asamblea General de la Naciones Unidas, donde se recogen 54 artículos, en los que menciona que los niños son individuos con derecho al pleno desarrollo físico, mental y social y a expresar libremente sus opiniones.¹⁸

El Sistema Nacional de Salud (SNS) elaboró el II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (PENIA) 2013-2016, en el que se aprobó la ampliación de la edad pediátrica hasta los 18 años en la atención hospitalaria, sin desarrollo de ningún plan estratégico para su implementación. Además, los pediatras de los centros de salud del SNS prestan atención sanitaria a adolescentes hasta los 14 años o en algunos casos se retrasa hasta los 16 años dependiendo de la Comunidad Autónoma.⁴

En el Real Decreto 1.030/2.006, se establece la Cartera de Servicios comunes del SNS, donde se desarrolló los servicios de atención a los adolescentes, incluyendo la anamnesis, consejo sobre hábitos que supongan un riesgo para la salud, valoración y consejo sobre la conducta alimentaria y la imagen corporal; y promoción de conductas saludables en relación con la sexualidad.¹⁹ En la Cartera de Servicios de Castilla y León del 2.011 se recogen las diversas actividades destinadas a la promoción y prevención de la salud del adolescente sano de 10 a 19 años dividido en dos etapas que son el servicio del niño y del joven de los 0 a 14 años y la del adulto a partir de los 14 años en adelante.²⁰

2. JUSTIFICACIÓN:

La adolescencia es un periodo de transición entre la etapa infantil y adulta que se caracteriza por la aparición de numerosos cambios a nivel físico, hormonal y psicosocial, adquiriendo así una mayor autonomía y realización personal, aceptación de su imagen corporal, desarrollo de su propia identidad y establecimiento de nuevas relaciones.^{1, 3} Además, al finalizar el programa de salud infantil a los 14 años, los adolescentes pasan a ser atendidos por el médico de familia. En cuanto a la organización de la Cartera de Servicios de Castilla y León se divide en etapa infantil/joven o adulta en la que apenas hay actividades preventivas que se centren en esta etapa.^{4, 20}

La OMS ha elaborado una serie de normas para mejorar la calidad de los servicios de salud que se prestan a los adolescentes en todo el mundo dirigidas a los profesionales sanitarios, gobiernos y a los propios adolescentes. Estos servicios se deben adaptar, ya que estos tienen unas necesidades especiales y se les debe prestar unos servicios sanitarios de calidad teniendo en cuenta su opinión a la hora de tomar decisiones sobre su salud, mantener el secreto profesional y respetar su intimidad y su privacidad, tratarles de manera adecuada respetando su edad y hacerles que se sientan cómodos y seguros en su centro de salud.²¹

Existen otras barreras que limitan el acceso de esta población a los servicios sanitarios como son la burocratización del sistema, falta de una adecuada atención por parte del profesional, falta de información del adolescente, negación de los problemas por el propio adolescente, desconocimiento de los recursos sanitarios y la necesidad de una atención multi e interdisciplinar para poder abordar sus problemas.⁴

Ha todo lo citado anteriormente hay que añadir la exposición a una gran cantidad de factores de riesgo y la adquisición de nuevas conductas de comportamiento que pueden ser perjudiciales para su salud, lo que hace indispensable el papel de enfermería así como del resto del equipo interdisciplinar para abordar y solucionar los problemas que se presenten, para lo cual es necesario la creación de una unidad de atención al adolescente en Atención Primaria donde se instauren programas de salud con actividades dirigidas a la promoción, prevención y educación para la salud del adolescente, favoreciendo así la accesibilidad del adolescente a nuestro Sistema Nacional de Salud.^{2,4}

3. OBJETIVOS:

Los objetivos que se plantean en esta revisión bibliográfica son los siguientes:

- Objetivo general:
 - Analizar la importancia de la creación de una consulta de enfermería como recurso para el abordaje de factores de riesgo de la adolescencia desde Atención Primaria.
- Objetivos específicos:
 - Describir el estilo de vida de la población adolescente y cómo influye en su salud.
 - Desarrollar una propuesta de la organización de la consulta de enfermería dirigida a adolescentes en Atención Primaria.

4. METODOLOGIA:

Para la elaboración de este trabajo de fin de grado (TFG) se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica durante el mes de diciembre del 2.018 hasta abril del 2.019, en distintas bases de datos como son Dialnet, Scielo, Cinalh, Cuiden y PubMed, utilizando diferentes descriptores como son “adolescentes”, “enfermería”, “atención primaria”, y “conducta de riesgo”; y la combinaciones de dos de ellas mediante el operador booleano “AND”, con el objetivo de buscar artículos científicos válidos para este trabajo. Previamente a la búsqueda se establecieron unos criterios de inclusión y exclusión que se citan a continuación.

- **Criterios de inclusión:** Artículos científicos que se encontraran a texto completo desde el año 2.010 hasta 2.019 en español, inglés y portugués en las bases de datos citadas anteriormente.
- **Criterios de exclusión:** Artículos científicos que no cumplan los criterios de inclusión que se han propuesto para esta revisión bibliográfica.

Del total de los artículos encontrados tras establecer los criterios que se han citado anteriormente se obtuvieron un total de 1.645 artículos. A continuación, se procedió a la lectura de los títulos y los resúmenes de los artículos científicos y se aplicó un nuevo criterio de inclusión que fue seleccionar aquellos artículos cuya muestra de población adolescente estuviera comprendida en el intervalo de edad de 10 a 19 años y que hubieran sido realizados en España, seleccionando aquellos que respondieran a los objetivos de este trabajo. Finalmente, el total de artículos científicos de las distintas bases de datos que se han utilizado para el presente Trabajo de Fin de Grado (TFG) han sido de 8 artículos.

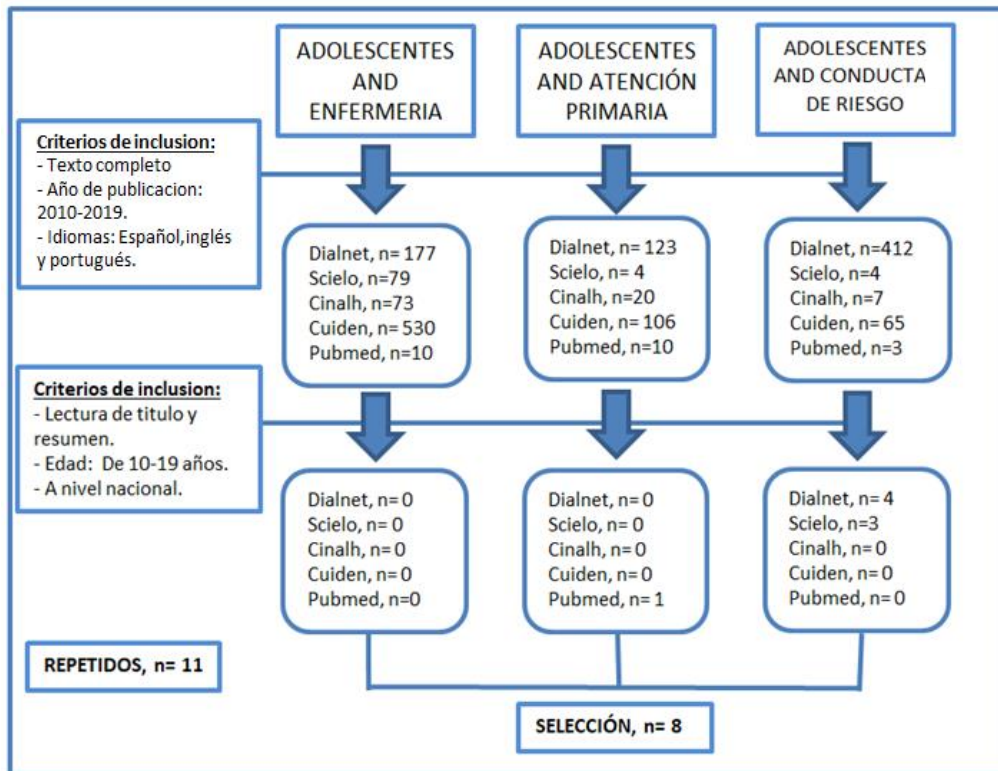


Figura 1: Diagrama de flujo: Estrategia de búsqueda bibliográfica realizada. Fuente: elaboración propia.

Además de las anteriores publicaciones se han utilizado diferentes guías, publicaciones y páginas web de las sociedades científicas más relevantes como son la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA), Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de Naciones para la Infancia (UNICEF), Fundación Española de Nutrición (FEN), Fundación Ayuda a Niños y Adolescencia (ANAR), Asociación Española de Pediatría (AEP), Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), Instituto Nacional de Estadística (INE), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; y el Ministerio de Educación y Formación Profesional.

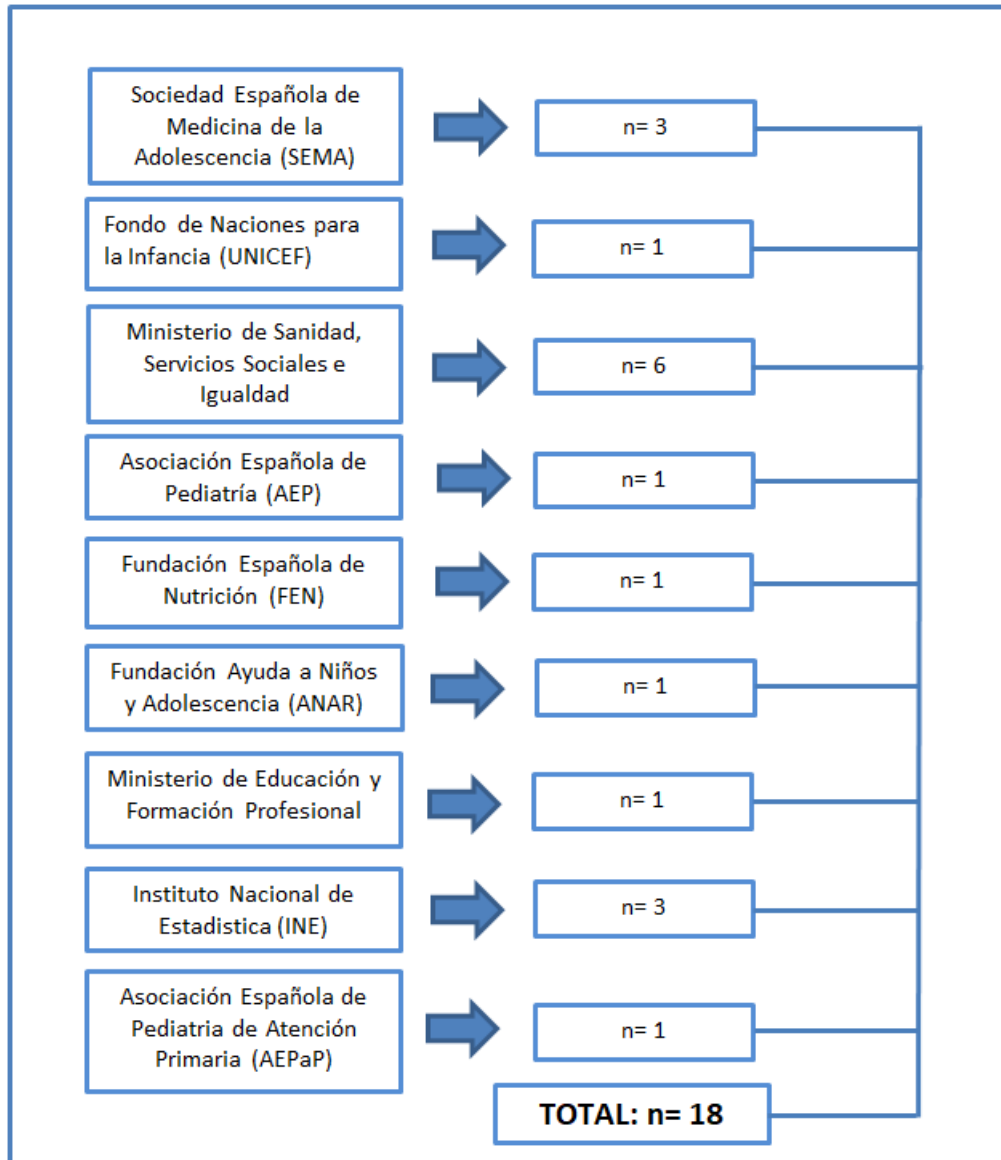


Figura 2: Diagrama de flujo: Selección de otras fuentes de certificado oficial. Fuente: elaboración propia.

5. RESULTADOS:

Durante la adolescencia se producen una serie de cambios biopsicosociales como son la inestabilidad emocional, impulsividad, búsqueda de nuevas experiencias novedosas e inicio de nuevas conductas y comportamientos de riesgo. A continuación, se exponen los factores de riesgo de salud más prevalentes en esta población según la SEMA.²²⁻²³

5.1. El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes:

El inicio de nuevos hábitos de consumo de drogas en la adolescencia es ocasionado por la necesidad de consolidar su propia identidad, liberación de tensión, consecución de placer y experimentación de nuevos hábitos que son perjudiciales para su salud, constituyendo un problema social y sanitario que afecta a nivel mundial.²²

Según datos de la encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2016-2017, las sustancias tóxicas con mayor prevalencia de consumo en España (en los últimos 12 meses previos a la encuesta) entre la población de 14 a 18 años en drogas legales son el alcohol con el 75,6% y el tabaco con el 34,7% seguidas de los hiposedantes, con y sin receta con un 11,6%; y de drogas ilegales como el cannabis con un 26,3% y la cocaína con un 2,5%. A pesar que el consumo de todas las drogas ilegales está más extendido entre los varones, las drogas legales como el tabaco, alcohol o hiposedantes es mayor este consumo en mujeres.²⁴

La edad media de inicio en el consumo de las diferentes drogas se mantiene estable, con un inicio más precoz para sustancias legales en el alcohol a los 14 años y en el tabaco a los 14,1 años. Respecto a las drogas ilegales, la edad de inicio en el consumo de cannabis es a los 14,8 años; mientras que el consumo de éxtasis y alucinógenos el inicio es más tardío y se produce a los 15,2 años.²⁴

La prevalencia de consumo de alcohol entre jóvenes de 14 a 18 años según datos de la encuesta ESTUDES 2016-17 sigue siendo alta, aunque con tendencia descendente desde el año 2.012, obteniendo las siguientes cifras: el 76,9% de los jóvenes ha probado alguna vez en su vida el alcohol, el 75,6% en el último año y el 67% en los últimos 30 días.²⁴ Por otro lado según los datos recogidos en la Encuesta Nacional de Salud de España de 2.017 realizada a jóvenes entre 15 y 24 años nos indica que la prevalencia del consumo intensivo de alcohol con al menos un episodio en el último mes ascendió a un 11,9%.¹³

Actualmente la ingesta de alcohol entre los adolescentes es más común los fines de semana con un consumo elevado de bebidas alcohólicas en pocas horas denominado "Binge drinking" o "atacón de bebidas".^{22,24} Según ESTUDES, el consumo intensivo de alcohol en los últimos 30 días en estudiantes de 14 a 18 años ha descendido hasta alcanzar el 31,7% en binge drinking y el 21,8% ha experimentado alguna borrachera en el mismo intervalo de tiempo. La frecuencia e intensidad de esta ingesta intensiva aumenta de manera progresiva con la edad en ambos sexos en el último mes, alcanzando el máximo pico a los 18 años con el 40,5% en varones y el 40,3% en mujeres. Además, las bebidas alcohólicas más ingeridas entre semana son la cerveza, mientras que los fines de semana son los combinados o cubatas.²⁴

Respecto al consumo de tabaco la prevalencia ha aumentado respecto a las cifras obtenidas en el anterior estudio realizado en el año 2.014, alcanzando el 38,5% de la población

de 14 a 18 años, así el 34,7% de los jóvenes ha fumado en los últimos 12 meses, el 27,3% en los últimos 30 días y el 8,8% fuma a diario.²⁴ Por otro lado según los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud en España en 2.017 nos indican que la prevalencia del consumo de tabaco en jóvenes de 15 a 24 años descendió al 17,6%.¹³

5.2. Lesiones no intencionales en seguridad vial y prácticas acuáticas en adolescentes:

Los accidentes son una de las principales causas de discapacidad y mortalidad en la población adolescente en España. Según el estudio de Fierro et al²³ realizado a estudiantes de 13 a 18 años en el año 2.013, el 14% refirió haber tenido alguna lesión que requirió de asistencia sanitaria médica en el último año, siendo la accidentabilidad mayor a medida que aumenta la edad y en el género masculino. Las principales causas referidas en mayor proporción fueron los accidentes traumatológicos (30%) debidos a las prácticas de deporte o caídas, el 5,3% a accidentes de tráfico, el 2% a heridas y contusiones y el 1,2% a traumatismos craneoencefálicos.

Respecto a la seguridad vial según los datos del mismo estudio, en los últimos años se ha incrementado el uso del cinturón entre los adolescentes cuando iban en el coche (93,9%) y el uso de casco en moto (94%). Además, existe una alta proporción de adolescentes que refiere no usar el casco o casi nunca cuando van en bicicleta (81,5%). Hay un mayor número de mujeres que no utilizan el casco cuando van en bicicleta mientras que son los varones los que menos lo utilizan cuando van en moto²³, factores a tener en cuenta a la hora de realizar actividades destinadas a la prevención en seguridad vial como medidas legislativas sobre la obligatoriedad del uso de casco homólogo en usuarios de bicicletas y motocicletas, realización de campañas de información y concienciación que expliquen la protección que ofrecen los equipamientos de seguridad, entre otras constituyen las principales medidas de prevención primaria a tener en cuenta para evitar la aparición de accidentes.

En cuanto a la práctica de deportes acuáticos y actividades de riesgo en el agua, a pesar de que casi todos los adolescentes refieren saber nadar (98,1%), es importante destacar la proporción tan alta de jóvenes que adoptan prácticas de riesgo en el medio acuático, como tirarse de cabeza (69,2%), tirarse de acantilados (17,5%), meterse al agua inmediatamente después de comer (41,5%) y no atender las indicaciones del socorrista (25,6%), siendo todas estas prácticas más frecuentes en chicos.²³

5.3. Los hábitos alimentarios y el ejercicio físico en adolescentes:

Durante la adolescencia llevar una buena alimentación ayuda a promover el crecimiento y el desarrollo óptimo; y prevenir ciertas enfermedades. En el estudio de Alfaro González et al²⁵ realizado a estudiantes de 13 a 18 años en el año 2.016 nos indica que solo el 79,2% desayunan todos los días de la semana. A diario desayunan con más frecuencia los chicos con un porcentaje del 84,1% mientras que en las chicas es del 73,7%. A medida que aumenta la edad disminuye la frecuencia de la ingesta del desayuno, los alimentos más frecuentes son lácteos o derivados con un 89,3%, cereales el 45,1%, fruta o zumo el 22,9% y otros alimentos el 7,9%. Además, en la ingesta de alimentos se observa una tendencia a consumir menos fruta y verdura, mientras que aumenta el consumo de pasta y arroz. Destacar que el consumo de bebidas azucaradas, chucherías y las patatas chip es cada vez más habitual en la dieta de los adolescentes.

Pese a que España es uno de los países pioneros de la dieta mediterránea en la Encuesta Nacional de Salud en España del 2.017 nos indica que continúa aumentando de manera paulatina la prevalencia de obesidad infantil de 2 a 17 años en un 10,3%. Respecto a la alimentación el 44,4% de la población de 1 a 14 años consumió dulces a diario y un 5,6% refrescos con azúcar con la misma frecuencia. El consumo de refrescos de azúcar a diario alcanza su pico entre los 15 y 24 años en ambos sexos. Además, el 73,9% de la población de 1 a 14 años pasó una hora o más a diario de su tiempo libre frente la pantalla.¹³ Estos datos nos indican la importancia que tienen los profesionales de enfermería en promocionar y fomentar estilos de vida saludables durante esta etapa para disminuir la prevalencia de ciertas enfermedades.

Según el estudio científico de la Fundación Española de Nutrición (FEN) sobre ANIBES 2.016 en adolescentes de 9 a 17 años, el 23,1% presenta un patrón de estilo de vida saludable y el 76,9% estilo de vida no saludable.²⁶ Respecto al ejercicio físico, según el estudio de Alfaro González, un 95,8% lo realizan a diario siendo el lugar donde más se realiza en el colegio con un 69,6%.²⁵ Además los resultados de estudio HBSC-2014 en España nos indican que el porcentaje de adolescentes de 11 a 18 años que realizan actividad física todos los días de la semana (al menos 60 minutos diarios) es mayor en los chicos (31,7%) y a medida que aumenta la edad desciende la cifra de los que lo practican.²⁷

Por otro lado, según datos del estudio citado anteriormente, el promedio de horas diarias dedicadas a actividades sedentarias como ver la televisión aumenta hasta los 15 y 16 años en ambos sexos por igual produciéndose un descenso a los 17-18 años. En relación con el tiempo destinado al juego con aparatos electrónicos, se observa la misma tendencia. Además, en relación con el uso de aparatos electrónicos con fines distintos al juego, aumenta a lo largo de los años alcanzando el máximo promedio de horas diarias a los 17 y 18 años.²⁷ A partir de los datos obtenidos, los profesionales de enfermería deben promover y fomentar estilos de vida saludables durante esta etapa.

5.4. Los hábitos sexuales en la adolescencia:

La edad de inicio de las relaciones sexuales según el estudio realizado por Alfaro González et al²⁸ en 2.015, se sitúa entre los 15 y 16 años, mientras que el estudio del Instituto de la Juventud (inJuve) ²⁹ 2.016 lo sitúa a los 17 años. El 60% refiere haber mantenido relaciones sexuales con penetración alguna vez según datos del último estudio.²⁹

Acerca de la información obtenida sobre la sexualidad, el 81% de los adolescentes considera que tiene buena información sobre la sexualidad y el 75% acerca de las enfermedades de transmisión sexual (ETS).²⁸ A pesar de estas cifras tan altas, el 67,7% buscó información en Internet sobre las ETS y el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) y el 21,5% sobre los métodos anticonceptivos.³⁰ Destacar que solo el 59,3% habla de su orientación sexual con sus padres, el 27,8% busca información en Internet, el 19,9% recurren a profesionales sanitarios, el 8,8% hablan con otras personas y el 7,7% no habla con nadie según datos de la misma fuente.²⁸ Estos datos nos indican la carencia de información que tienen los adolescentes acerca de la salud sexual por lo que considero esencial la creación de la consulta de enfermería en la que los adolescentes puedan resolver sus dudas a través de un profesional

de la salud como es la enfermera, para capacitar a los jóvenes a tomar decisiones en cuestión de la salud en la comunidad y la modificación de comportamientos perjudiciales.

La tasa de infección en el año 2.017 por VIH y SIDA en España en adolescentes es del 0,2% en menores de 15 años, aumentando al 2,9% entre los 15 y 19 años.³¹ Además en el año 2.016, tanto las tasas de infección gonocócica, como por *Chlamydia trachomatis* y sífilis aumentó en el intervalo de edad de 15 a 19 años.³²

Respecto a los métodos anticonceptivos según estudio In Juvé 2.016²⁹, de los que han tenido relaciones sexuales coitales, el 87% dice haber utilizado algún método anticonceptivo en la última vez que ha mantenido relaciones completas, utilizando como método anticonceptivo de primera elección el preservativo (91%) seguido de la píldora con el 8%. Además, destacar la elevada proporción de adolescentes que han utilizado en alguna ocasión la anticoncepción de emergencia o “píldora del día de después” (20,9%), el 16,1% la utilizado en los últimos seis meses y el 3% han tenido que recurrir a la anticoncepción de emergencia en más de una ocasión en los últimos seis meses.²⁸ Según datos del In Juvé²⁹, la tasa de embarazos no deseados antes de los 15 años fue del 3%, entre los 15 y 17 años, el 24% y entre los 18 y 20 años el 31%.

5.5. Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC´s) y los diferentes tipos de acoso en adolescentes:

En relación al uso de las nuevas tecnologías en adolescentes de 10 a 15 años según datos del INE en 2.018, el 91,3% usa el ordenador, el 92,8% usa Internet y el 69,8% dispone de móvil. En el intervalo de 16 a 24 años, se observa que el 86,1% fueron usuarios de Internet en los últimos tres meses y el 82,5% lo utilizan una vez en semana.³³

Según encuesta ESTUDES 2016-17²⁴, la prevalencia del uso compulsivo de Internet entre estudiantes de 14 a 18 años aumentó hasta alcanzar el 21%, a pesar de que el 68,9% de los estudiantes declaró haber recibido formación en clase sobre los efectos y problemas asociados al mal uso de las nuevas tecnologías. En cuanto a las cifras del uso compulsivo de Internet fue mayor en mujeres (23,8%) y a los 16 años (22,3%). En el último año el 99,6% usó WhatsApp y email, el 98,1% vio, escuchó y descargó música, películas y series, el 97,9% usó redes sociales, el 4% compró ropa, juegos y libros, el 66,9% jugó a juegos de habilidad, el 58,3% jugó a juegos de realidad virtual, el 39,7% visitó páginas “para adultos” y el 6,4% realizó apuestas en Internet.

Según el estudio realizado en 2.018 por Blázquez Borrado et al³⁰, el 53% buscó información sanitaria a través de Internet. Los principales temas de salud que consultaron fueron el cáncer (89,9%), adicciones (67,7%), enfermedades cardíacas y diabetes mellitus (53,6%), enfermedades de transmisión sexual y VIH (49,6%), enfermedades mentales (40%), trastornos alimentarios (39,3%) y embarazos y métodos anticonceptivos (21,5%). Destacar que el 70,7% modificó su conducta por los datos que encontrados en Internet.

La Fundación Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo (ANAR) realizó una investigación en niños y adolescentes en el año 2.017 en España, de los cuales 590 sufrieron acoso escolar y 147 ciberacoso. La principal repercusión que tuvo el acoso escolar fue alteraciones psicológicas con un 94,1%. Además, los principales dispositivos utilizados para hacer ciberacoso fueron con

un 92,6% teléfono móvil, un 76% WhatsApp, un 48% redes sociales y un 7,4% ordenadores y tabletas. En cuanto a los tipos de ciberbullying, el 67,9% fue debido a insultos o palabras ofensivas de manera directa, mientras que por insultos o palabras ofensivas de manera indirecta se registró un 28,6%.³⁴ A partir de los datos obtenidos es fundamental la creación de una consulta de enfermería dirigida al adolescente donde se lleven actividades preventivas para la detección precoz de signos y síntomas de acoso en el adolescente.

5.6. Violencia en parejas adolescentes:

La prevalencia de la violencia física sexual sufrida en jóvenes de 15 a 16 escolarizados en la Comunidad de Madrid según el estudio realizado en 2.014 por Pichiule Catañela³⁵ es mayor en mujeres (7,1%) al igual que ocurre en la violencia sexual (5,3%), mientras que la violencia física es mayor en varones (4%). Respecto al grupo de edad, a medida que aumenta la edad se incrementa la prevalencia de sufrir violencia física y sexual, alcanzando un 7,1% en mayores de 16 años.

Respecto a la violencia de género según datos recogidos del INE, el número de víctimas de violencia de género en el año 2.017 respecto al año anterior entre mujeres de menos de 18 años incremento un 14,8%, mientras que de 18 a 19 años solo fue del 0,3%. La tasa de víctimas en la población menor de 18 años fue de 0,7% por cada 1000 mujeres, mientras que de edades comprendidas entre 18 y 19 años fue del 2,3%.³⁶ A partir de estos datos es imprescindible la creación de una consulta de enfermería dirigida al adolescente donde se lleven actividades preventivas como son la creación y elaboración de programas específicos destinados a la educación sexual y violencia de género que se impartan en las propias consultas de enfermería en Atención Primaria como en las aulas de los centros educativos. Estas se deben acompañar de actuaciones de las instituciones e implicación de los medios de comunicación y el entorno familiar del propio adolescente.

5.7. Los trastornos mentales en la adolescencia:

Durante la adolescencia el desarrollo emocional en ocasiones se ve alterado, según el estudio realizado en 2.013 por Vázquez Fernández et al³⁷ sobre el estado de ánimo negativo a adolescentes de 13 a 18 años, su prevalencia fue del 14,9% siendo más frecuente en chicas. El 24,6% se siente siempre o a menudo muy cansado para hacer cosas, el 22,6% presenta nerviosismo o estado de tensión y el 22,22% presenta dificultades para quedarse dormido durante la primera hora.

En relación al entorno social, los medios de comunicación y redes sociales ejercen una presión importante en los adolescentes incentivándoles a perder peso y alcanzar el ideal de belleza inalcanzable, jugando también un papel importante la influencia de la familia y amigos o su propia opinión sobre su cuerpo generando conductas inadecuadas. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en el estudio realizado en Canarias en el año 2.015 por Álvarez-Malé et al³⁸ nos indica que la prevalencia de anorexia nerviosa fue del 0,19% y del 0,57% para bulimia nerviosa, mientras que para los trastornos de la conducta alimentaria no especificado fue del 3,94%. Además las tasas de suicidios entre jóvenes de 10 a 19 años están disminuyendo, según datos del INE en el año 2.017, el número de suicidios de 10 a 14 años fue de 13 personas y en la franja de edad entre los 15 y 19 años fue de 50 personas.¹² Por todos los datos obtenidos de los diferentes estudios es imprescindible la creación de una consulta de

enfermería del adolescente donde el equipo de enfermería de Atención Primaria realicen educación, prevención y promoción de la salud tratando de inculcar hábitos de vida saludables a los adolescentes, así como potenciar la autoestima, imagen corporal y otros factores relacionados con los trastornos alimentarios mediante charlas y otras actividades educativas relacionadas con la salud mental en los adolescentes.

5.8. La etapa escolar en la adolescencia:

La tasa de escolarización en España en el curso 2015/16 fue a los 16 años del 95,4%, a los 17 años el 89,4%, a los 18 años el 80% y a los 19 años el 72,5%, siendo mayor en mujeres. En cuanto a la tasa de abandono escolar de 18 a 24 años en el año 2.017 fue del 18,3%, siendo el porcentaje mayor en hombres. El 20,7% abandona los estudios en la Enseñanza Secundaria Obligatoria (E.S.O), el 11,3% en el bachillerato y ciclos formativos de grado medio y un 3,8% en educación superior. Esta tasa de abandono escolar temprana de educación y formación ha disminuido 0,7% respecto al curso anterior.³⁹

Este abandono escolar es producto de la interacción de un conjunto de factores personales, familiares, escolares y sociales. Según informes de Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), entre el 18-20% se debe al contexto socioeconómico escolar y su entorno, el 50% a las características psicológicas y afectivas; y entre 25-30% se desconocen las causas. Además, entre el 5 y 6% se debe al clima del centro escolar, políticas escolares y aspectos metodológicos.⁴⁰ Teniendo en cuenta el porcentaje tan alto que presenta las características psicoafectivas, enfermería debe llevar a cabo actividades para potenciar este aspecto.

Respecto a la tasa de graduados en la E.S.O en curso 2015/16 fue del 79,3%, en bachillerato el 57,4%, en ciclos formativos de grado medio fue del 24,7% y en formación profesional básica un 3,1%. Esta tasa aumento un 1,7% en la E.S.O y un 2,4% en bachillerato respecto al curso anterior.³⁹

6. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA:

6.1. La creación de la consulta monográfica de enfermería para el adolescente:

La consulta de enfermería dirigida al adolescente tiene como objetivo principal llevar a cabo una atención integral en este periodo realizando distintas actividades destinadas a priorizar la promoción de estilos de vida saludable, potenciar la prevención de conductas de riesgo en los adolescentes e involucrar a la familia como al entorno social más próximo garantizando la confidencialidad, privacidad, buena relación, flexibilidad, calidad, educación para la salud e integración.^{5, 24}

La presencia del adolescente en las consultas de enfermería nos permite detectar los posibles problemas de salud y realizar intervenciones destinadas a la prevención y detección precoz de factores de riesgo; así como la promoción de la salud en las diferentes esferas de desarrollo de los adolescentes, prestando especialmente atención, a los trastornos nutricionales, consumo de tóxicos, alteraciones de salud mental, dificultades escolares, inicio precoz de relaciones sexuales o enfermedades de transmisión sexual (ETS), entre otras.²⁴ Todas estas actividades permiten mejorar la salud de esta población cuando lleguen a la etapa adulta, obteniendo mejores cifras en el índice de años de vida ajustados por calidad (AVAC).⁵

Por sus características la Atención Primaria es el primer nivel de atención sanitaria que garantiza la continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente. Sus actividades están incluidas en la Cartera de Servicios y van dirigidas a la promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y la recuperación de la salud, rehabilitación física básica y el trabajo social, con una atención individualizada en el ámbito familiar y comunitario.

Al finalizar el programa de salud infantil a los 14 años, los adolescentes pasan de ser atendidos por su pediatra al médico de familia donde la asistencia se lleva a cabo principalmente a demanda del usuario, y no enmarcada dentro de un programa de prevención y promoción.⁴ Los principales objetivos que se pretenden alcanzar en la consulta de Atención Primaria dirigida a los adolescentes según la SEMA son los siguientes:⁴¹

- Organizar y participar en tareas de educación para la salud, promoción de la salud y prevención primaria.
- Identificar los problemas de salud más prevalentes de los adolescentes.
- Disponer de protocolos y guías escritas para saber cómo actuar sobre los problemas identificados.
- Organizar docencia a los médicos internos residentes (MIR) o enfermeros internos residentes (EIR).
- Registrar actividades clínicas y asistenciales que puedan ser fuente de investigación y publicaciones.

En este caso la OMS como la SEMA recomienda que la atención al adolescente se haga en un espacio específico por lo que la consulta del adolescente en Atención Primaria se localizará en un espacio accesible, garantizando la privacidad del adolescente. Además, deberá estar separado de otras áreas de atención, teniendo una señalización adecuada para ubicarla de manera correcta. El Centro de Salud contará con una zona de admisión, sala de reuniones

para los profesionales sanitarios, espacio para reuniones grupales con los adolescentes y realizar terapias familiares, una consulta individual donde se llevará a cabo actividades dirigidas a la promoción, prevención y educación para la salud que cuente con una sala de espera propia para los adolescentes que no sea compartida con pediatría ni con adultos.⁴¹ Además, dispondrá de documentos informativos sobre los servicios que se ofertan en el centro dirigido al adolescente, así como de revistas y artículos sobre educación para la salud, folletos sobre la prevención de las patologías más frecuentes y los riesgos asociados a ellas; y un buzón de sugerencias. La dotación de esta consulta contará con materiales de oficina, para la realización de somatometría, medición de la tensión arterial, agudeza visual, auditiva, entre otros.⁴¹⁻⁴²

Según UNICEF, en los distintos espacios citados anteriormente se tienen que llevar a cabo las siguientes funciones: programar y realizar actividades dirigidas a la promoción, prevención y educación para la salud, identificar los problemas de salud, tener un programa escrito con las normas y actividades, garantizar la captación específica y continua de adolescentes, organizar un equipo de profesionales interdisciplinarios, establecer un horario común de reunión con los distintos miembros del equipo, implementar la historia clínica de salud integral del adolescente, garantizar la red de derivaciones a los distintos especialistas, organizar un sistema de seguimiento de casos de riesgo, promover y participar en actividades comunitarias y garantizar un espacio de integración salud/educación.⁴²

Por ello, la iniciativa de la creación de este nuevo servicio en Atención Primaria va destinado a la población de 14 a 18 años. Este intervalo de edad comprende dos etapas educativas: la E.S.O que va desde los 12 a los 16 años y el bachillerato que va desde los 17 a los 18 años. Los pediatras prestan atención sanitaria hasta los 14 años luego pasan a ser atendidos por los médicos de atención primaria y las enfermeras de atención primaria. Para conocer el número total de adolescentes que van asistir a nuestra consulta de enfermería utilizaremos las tarjetas de identificación sanitaria (TIS). Estas nos permiten distribuir el número total de pacientes en función de la franja de edad, asignándoles un médico y una enfermera de atención primaria. Una vez obtenido la cifra total, se repartirán entre las consultas de enfermería dirigidas a esta etapa de manera equitativa. Además, el número de consultas dependerá de la cifra total de TIS de edades comprendidas entre los 14-18 años.

La consulta contará con un área accesible y de libre acceso al adolescente. La oferta asistencial se dividirá en dos opciones: cita a demanda y concertada, disponiendo de consultas programadas donde se realizará un seguimiento de manera continuada al adolescente, una consulta urgente, así como una consulta telefónica como se establece la asistencia en los centros de salud.⁴²

A la hora de distribuir la franja horaria de la consulta dirigida al adolescente, la SEMA nos recomienda que se realice con horario con turno de mañana o se establezcan tres franjas horarias. Además, la asistencia convencional se debe realizar en horas en las que los adolescentes no suelen acudir a los colegios e institutos evitando así, las ausencias al centro educativo, debido a que se necesita disponer de periodos adecuados de tiempo para atender a cada uno de los miembros, teniendo en cuenta la disponibilidad de sus horarios tras la jornada escolar.^{5,41} Se propone como modelo de horario para esta consulta: un turno de mañana que

se hará en la consulta del centro de salud y en los centros escolares; y un turno de tarde de 16 a 20 horas. En función de las necesidades de esta población se podrá incrementar esta franja horaria, así como el número de profesionales. En este trabajo se propone crear una consulta monográfica en la que una enfermera de atención primaria que tenga consulta en el centro de salud de enfermería familiar y comunitaria y formación en infancia y adolescencia podrá prestar asistencia en este servicio.

Cuando el adolescente cumpla los 14 años, debido a la finalización del programa de salud infantil, el pediatra le indicará que acuda a citas para que le asignen un médico de atención primaria y una enfermera. Una vez allí, se le asignará en función de la distribución de la agrupación familiar, el mismo médico de sus padres u otro diferente al de sus progenitores si es su elección; y en ese momento le citará para la primera visita de enfermería en la consulta monográfica del adolescente.

En la primera toma de contacto con el adolescente es fundamental conocer al adolescente para ello se realizará una entrevista y una valoración de la historia clínica, y se presentará la Cartera de Servicios y los recursos que tiene esta consulta. Cuando nos enfrentamos a un adolescente en la consulta se debe conocer las características propias de esta etapa (Anexo I y II) y las ideas que tiene respecto a la salud y enfermedad. Además, se debe crear un clima de confianza y de neutralidad sin prejuicios ni planteamientos morales negativos hacia el adolescente. Todos estos aspectos favorecerán la adherencia, continuidad y éxito en la consulta.^{5, 42}

A la hora de estructurar las bases de la entrevista, la SEMA y la OMS nos indican que el profesional sanitario que atienda al adolescente debe adquirir un correcto conocimiento de dicha población, revisar las cualidades y la disposición de la persona que lleva a cabo la entrevista. Se tendrá en cuenta las características que debe reunir el contenido y la forma de la entrevista para que sea eficaz la actuación de la enfermera. Los expertos en medicina del adolescente indican que las principales cualidades de los profesionales que trabajen con los adolescentes son las siguientes: ser paciente, saber escuchar, dar apoyo y afecto, tener equilibrio entre comprensión y el ejercicio de la autoridad, tener neutralidad moral y sentido del humor; y evitar posicionamientos erróneos; pero para que su ejercicio sea eficaz, deben gustarle los adolescentes y no sentirse incómodos con ellos. Además, deberá inculcar responsabilidad para que los propios adolescentes se sientan responsables de sus propios cuidados y evitar posicionamientos erróneos en su relación con el adolescente.^{21,43}

Una de las principales competencias de esta consulta es informar de la creación de dicha consulta tanto a los colegios como a los institutos, de tal manera que cada centro educativo tenga un centro de salud de referencia donde se presten los servicios de atención sanitaria. Al inicio de curso cada una de las enfermeras de la consulta del adolescente se reunirá con los distintos orientadores de los centros educativos para conocer el estado actual de los adolescentes en diversos aspectos como el número de enfermedades crónicas, valorar su estado actual de salud, realizar actividades de promoción para la salud, realizar cuestionarios validados al especialista y formar a profesores, entre otras. Cada una de las enfermeras que presten asistencia sanitaria a esta población trabajará de manera coordinada

e interdisciplinar con los distintos pediatras, médicos y enfermeras de atención primaria que se encuentren en ese centro de salud, escuelas, institutos y asociaciones.

Cada uno de los integrantes del equipo interdisciplinar tienen las siguientes funciones: promover la autonomía en el adolescente, dar información completa veraz y oportuna utilizando un lenguaje comprensible, obtener el consentimiento para realizar cualquier intervención y/o tratamiento, mantener una posición respetuosa y flexible frente a sus actitudes y expresiones, promover actividades anticipatorias, dedicar el tiempo necesario para escuchar al adolescente, familiar y/o acompañante; y responder al motivo de la consulta con criterio de integridad y oportunidad para recibir atención.⁴²

6.2. Actividades de la consulta monográfica de enfermería del adolescente:

Ante la puesta en marcha de la consulta de enfermería del adolescente, diferentes asociaciones como la Asociación Española de Pediatría (AEP), Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), Sociedad Española de Medicina en la Adolescencia (SEMA) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), nos indican que las competencias que debe adquirir los profesionales sanitarios de enfermería que atiendan a esta población son las siguientes:^{41- 45}

• **Actividad Asistencial coordinada:**

- Realizar controles de somatometría (talla y peso) para calcular el índice de masa corporal (IMC) en adolescentes que presenten sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus y trastornos de comportamiento alimentario (TCA) (Anexo V y VI).
- Medir la tensión arterial a aquellos adolescentes que presenten obesidad, sobrepeso, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y renales (Anexo VII y VIII).
- Realizar controles de glucemias en aquellos adolescentes que presenten diabetes mellitus tipo I y/o II y manejo de dispositivos.
- Valoración del desarrollo puberal del adolescente mediante la escala de Tanner (Anexo III y IV).
- Realizar exploraciones de la agudeza visual mediante optotipos; y exploraciones auditivas mediante audiometrías en adolescentes.
- Exploración bucodental para vigilar la presencia de las piezas dentales, caries, sarro, entre otros. En caso de que el adolescente presente alteraciones en la cavidad oral se derivada al odontólogo o a la Unidad de Salud Bucodental de referencia.
- Exploración de la columna vertebral mediante la inspección visual y el test de Adams a todos los adolescentes.
- Vacunar a adolescentes derivados a la consulta de pediatría que por diferentes motivos requieran un calendario de vacunación acelerado (Anexo IX).
- Llevar un seguimiento continuado de las alteraciones pediátricas que presenta el adolescente mediante la revisión de la historia clínica.

• **Actividad Gestora:**

- Organizar y gestionar la agenda semanal con el fin de dar respuesta a las necesidades de salud de cada uno de los adolescentes.
- Gestionar la recogida de datos sobre el estado de salud del alumnado al inicio del curso académico.

- Registrar en la historia clínica del adolescente los hábitos de consumo de las sustancias tóxicas (alcohol, tabaco y otras drogas), número de comidas que realiza durante el día, el tipo de alimentos que ingiere, número de días que realiza actividad física y su duración, número de hora que pasa enfrente de la pantalla de la televisión, móvil u otros aparatos electrónicos, entre otros.
- Recoger en la historia clínica del adolescente, una anamnesis de familiares y del entorno más cercano que permitan identificar factores de riesgo; y volver a evaluar de manera continuada.
- Trabajar de coordinada y organizada con los diferentes profesionales que se encuentren en el centro salud como en los centros educativos.
- Servir de nexo de unión y por tanto comunicación, entre los diferentes profesionales, (pediatría y familiares), profesores y asociaciones.
- Establecer un horario de reuniones con los diferentes miembros del equipo interprofesional para abordar problemas, dudas, debatir propuestas, entre otras que puedan surgir.
- Participar en la creación y seguimiento de programas de prevención y detección de acoso escolar o violencia de género.
- Participar en la adecuación de los menús de comedores escolares.
- **Actividad Docente:**
 - Fomentar el autocuidado de los adolescentes y la adquisición de hábitos de vida saludable (alimentación, ejercicio físico, hábitos de consumo...) a través de programas de educación para la salud individuales y/o grupales, adecuados a la edad del adolescente de manera continuada en las consultas del centro de Salud o en los centros educativos.
 - Ofrecer consejos sobre los hábitos dietéticos adecuados a la etapa de la adolescencia; así como la importancia de llevar una dieta equilibrada y variada y de ingerir grandes cantidades de líquidos. En aquellos casos que la adolescente presente obesidad, sobrepeso, diabetes mellitus u cualquier trastorno de la conducta alimentaria, la enfermera se pondrá en contacto con la nutricionista para llevar una dieta individualizada para cada caso.
 - Informar sobre los diferentes métodos anticonceptivos (natural, de barrera, hormonal u anticoncepción de urgencia) que existen a aquellos adolescentes que tengan dudas o quieran iniciar una vida sexual activa para llevar una vida sexual sin riesgo evitando infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados en los adolescentes.
 - Recomendar realizar actividad física más de 30 minutos al menos tres días a la semana, aumentando su intensidad de manera gradual en función de la edad física y de sus condiciones físicas del adolescente.
 - Asesorar sobre las medidas de protección frente a la exposición solar especialmente en los meses de verano con la finalidad de evitar el cáncer de piel (uso de cremas solares, utilizar sombrillas, ropa clara y ligera, usar gafas de sol, evitar la exposición prolongada al sol...).
 - Explicar al adolescente como se debe realizar una higiene bucodental correcta (cepillado después de las comidas y al acostarse con pasta dentífrica que contenga flúor) y las medidas dietéticas para evitar caries dentales (no abusar de dulces y golosinas).
 - Programar actividades docentes en función de las necesidades e inquietudes que tengan los adolescentes.

- Colaborar con otros profesionales sanitarios y no sanitarios de centros de Atención Primaria o del entorno comunitario en la realización de actividades de educación y promoción de la salud con las familias de los adolescentes.
- Organizar y participar en actividades de educación para la salud y ofrecer consejos en contra del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas al adolescente, de forma individual o grupal, en el centro de salud como en las distintas intervenciones programadas en los centros educativos.
- Participar en campañas educativas escolares y comunitarias para la promoción de conductas saludables que eviten el abuso de exposición solar, lesiones y accidentes.
- Organizar y participar en campañas educativas y comunitarias para la elaboración de programas de educación para la salud contra el acoso escolar y la violencia de género.
- Organizar actividades comunitarias y educativas para potenciar la autoestima y la imagen corporal en la población adolescente.
- Desarrollar actividades docentes dirigidas a enfermeras, enfermeras especialistas u otros profesionales sanitarios para mejorar la calidad de la atención a la salud de la población adolescente.
- Formar a los distintos tutores de los centros educativos sobre el aprendizaje de habilidades que faciliten la adquisición y mantenimiento de conductas saludables durante la etapa de la adolescencia.
- Formar a los distintos profesionales sanitarios y docentes para la identificación de signos y síntomas que puedan indicar que el adolescente está sufriendo acoso escolar, violencia o que presenta algún trastorno mental.
- Colaborar y participar en la formación de alumnos de Grado de Enfermería como EIR en las distintas competencias.

- **Actividad Investigadora:**

Se basa principalmente en la recogida de datos que posteriormente que serán utilizados en programas docentes y asistenciales.

- Realizar entrevistas a los adolescentes al terminar el programa de salud infantil para detectar conductas de riesgo y recoger datos mediante cuestionarios de elaboración propia y/o validados.
- Programar visitas a los centros escolares para recoger información sobre los aspectos de la salud en los que están interesados los adolescentes de los centros educativos al inicio del curso.
- Realizar una anamnesis para valorar la actividad física y deportiva que realiza el adolescente en su centro escolar como fuera de él.
- Detección de enfermedades y brotes entre centros escolares.
- Colaborar ante la detección de conductas de riesgo ante la prevención de accidentes tanto desde la escuela como en los centros educativos; así como en embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Participar con otros profesionales en la elaboración y realización de estudios de investigación para disminuir o eliminar los factores de riesgo en la adolescencia con el fin de llevar a cabo cuidados de calidad en los adolescentes.
- Revisar publicaciones científicas en el campo de los cuidados enfermeros que se deben realizar para disminuir o eliminar los factores de riesgo en la adolescencia, con el objetivo

de buscar las mejores evidencias para implantarlo en la consulta de enfermería del adolescente.

- Creación de materiales didácticos y recursos para su dentro de la consulta de enfermería del adolescente.

7. CONCLUSIONES:

- Los principales factores de riesgo que se presentan en la adolescencia están relacionados con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, hábitos alimentarios erróneos, sedentarismo, riesgos en la actividad sexual, uso de las TIC's de manera inadecuada, accidentes no intencionados en tránsito y actividades acuáticas, violencia en todos sus ámbitos y fracaso escolar. Todos ellos van a influir de manera negativa en el correcto desarrollo del adolescente.
- La falta de una enfermera escolar y el abandono del programa de salud infantil a los catorce años, hace que durante la adolescencia sea necesaria la existencia de un recurso específico para el abordaje de los factores de riesgo que se instauran durante esta etapa, entre otras actividades.
- La formación de los enfermeros que presten atención en la consulta del adolescente requiere unos conocimientos y actividades específicas para poder abordar las necesidades que se presentan en esta etapa.
- La Atención Primaria se postula como el primer nivel de atención sanitaria que garantiza la continuidad de la atención de manera individualizada en el ámbito familiar y comunitario a lo largo de la vida del paciente. La creación de una consulta de enfermería del adolescente en dicho entorno, es el contexto ideal para abordar y solucionar los problemas que se presentan en esta etapa mediante el desarrollo de actividades dirigidas a la promoción, prevención y educación para la salud, favoreciendo su accesibilidad a nuestro Sistema Nacional de Salud y el trabajo interdisciplinar.

8. BIBLIOGRAFIA:

- ¹ Hidalgo Vicario MI, Ceñal González-Fierrob MJ. Hablemos de Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Rev An Pediatr Contin [Revista en Internet]. 2014 [citado 29 de noviembre 2018]; 12(1): 42-6. Disponible en: http://appswl.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90274223&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=51&ty=74&accion=L&origen=apcontinuada&web=www.apcontinuada.com&lan=es&fichero=51v12n01a90274223pdf001.pdf&anuncioPdf=ERROR_publici_pdf
- ² Hidalgo Vicario MI. Adolescencia. Perspectivas asistenciales. Rev Adolescere [Revista en Internet]. 2014 [citado 29 de noviembre 2018]; 2(2): 130-6. Disponible en: <http://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/07-01%20Tema%20actual%20-%20Hidalgo%20Vicario.pdf>
- ³ Güemes-Hidalgo M, Ceñal González-Fierro MJ, Hidalgo Vicario MI. Pubertad y adolescencia. Rev Adolescere [Revista en Internet]. 2017 [citado 28 de noviembre 2018]; 5(1): 7 - 22. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num1-2017/07-22%20Pubertad%20y%20adolescencia.pdf>
- ⁴ Salmerón Ruiz MA, Casas Rivero J, Guerrero Arzola F. Problemas de salud en la adolescencia. Patología crónica y transición. Rev Pediatr Integral [Revista en Internet]. 2017 [citado 29 de noviembre 2018]; 21(4): 245-253. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Problemas%20de%20salud%20en%20la%20adolescencia.pdf>
- ⁵ Rodríguez Molinero L. Atención al adolescente. ¿Quién?, ¿Cómo?, ¿Dónde?. Rev Adolescere [Revista en Internet]. 2016 [citado 29 de noviembre 2018]; 4(1): 17-27. Disponible en: https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol4num1-2016/17_atencion_al_adolescente.pdf
- ⁶ Organización Mundial de la Salud. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones [sede Web], Ginebra: OMS; 2018 [actualizada 5 de febrero 2018; consultado 26 de noviembre del 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- ⁷ Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia: Una época de oportunidades [monografía en Internet]. Nueva York; 2011 [consultado 29 de noviembre 2018]. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf
- ⁸ García C. Adolescentes con cáncer tratados como adolescentes y no como adultos. El País. 14-11-2018; Papas y mamas [consulta 25 de noviembre 2018]. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2018/11/14/mamas_papas/1542185411_571188.html
- ⁹ Hospital universitario Puerta del Hierro Majadahonda. Nueva Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría para adolescentes [sede Web], Madrid: Salud Madrid; 2018 [actualizada 3 de mayo del 2018; consultado 28 de noviembre 2018]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354732980579&language=es&pageid=1142403954716&pagename=HospitalPuertaHierroMaja%2FCM_Actualidad_FA%2FHPPM_actualidad

- ¹⁰ Organización Mundial de la Salud. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones [sede Web], Ginebra: OMS; 2018 [actualizada 5 de febrero 2018; consultado 26 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- ¹¹ Instituto Nacional de Estadística. Principales series de población desde 1998. Población (españoles/extranjeros) por edad (grupos quinquenales), sexo y año [sede Web], España: INE; 2019 [actualizada 2019; consultado 24 de enero 2019]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/l0/&file=02002.px>
- ¹² Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte 2017. Defunciones por causas (lista reducida) por sexo y grupos de edad [sede Web], España: INE; 2018 [actualizada 2018; consultado 15 de diciembre 2018]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2017/l0/&file=01001.px>
- ¹³ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Nota Técnica Encuesta Nacional de Salud. España 2017 [monografía en Internet]. Madrid; 2018 [consultado 15 de diciembre 2018]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf
- ¹⁴ Taramona R. Influencers digitales: disrupción de la fama, la publicidad y el entretenimiento en las redes sociales. Revista de estudios de la juventud [Revista en Internet]. 2018 [citado 19 de diciembre 2018]; 119: 75 - 92. Disponible en: http://www.injuve.es/sites/default/files/2018/41/publicaciones/5.-_influencers_digitales_disrupcion_de_la_fama_la_publicidd_y_el_entretenimiento_en_las_redes_sociales.pdf
- ¹⁵ Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030) [monografía en Internet]. Ginebra; 2015 [consultado 27 de diciembre 2018]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf
- ¹⁶ Ley 14/2010 de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia [Sede Web]. Boletín Oficial del Estado (BOE) nº156. 28 de junio 2010 [actualizada 30 de marzo del 2017; acceso el 4 de enero 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-10213-consolidado.pdf>
- ¹⁷ Martínez González C. Aspectos éticos en la adolescencia: del menor maduro al mayor autónomo. Rev Adolescere [Revista en Internet]. 2013 [citado 9 de enero 2019]; 1(2): 22-26. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol1num2-2013/22-26.pdf>
- ¹⁸ Unicef. Convención sobre los derechos del niño [monografía en Internet]. Madrid; 2015 [consultado 19 de enero 2019]. Disponible en: <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/ConvencionsobrelosDerechosdeINino.pdf>
- ¹⁹ Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actuación [Sede Web]. Boletín Oficial del Estado (BOE) nº222. 16 de septiembre del 2006

- [actualizada 6 de septiembre del 2006; acceso el 21 de enero 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2006/09/16/pdfs/A32650-32679.pdf>
- ²⁰ Asistencia sanitaria en atención primaria [Internet]. Junta de Castilla y León: SACYL [Sede Web]. 2017 [consultado 21 de enero 2019]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/asistencia-sanitaria/asistencia-sanitaria-atencion-primaria>
- ²¹ OMS: Como adaptar los servicios de salud a los adolescentes [Internet]. OMS [Sede Web]. 2019 [consultado 5 febrero 2019]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/graphics/es/
- ²² Vázquez Fernández ME, Muñoz Moreno MF, Fierro Urturi A, Alfaro González M, Rodríguez Carbajo ML, Rodríguez Molinero L. Consumo de sustancia adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgo relacionadas. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Revista en Internet]. 2014 [citado 15 de febrero 2019]; 16: 125-34. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4903405>
- ²³ Fierro Urturi A, Vázquez Fernández ME, Muñoz Moreno MF, Alfaro González M, Rodríguez Molinero L, García Gutiérrez P. Lesiones no intencionales. Factores de riesgo en seguridad vial y práctica de actividades acuáticas en adolescentes de 13 a 18 años. *Rev Paediatr Aten Primaria* [Revista en Internet]. 2013 [citado 16 de febrero 2019]; 15: 315-28. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v15n60/original4.pdf>
- ²⁴ Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social. Observatorio español de las drogas y las adicciones. Informe 2018. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2016 [monografía en Internet]. Madrid; 2018 [consultado 2 de febrero 2019]. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2018_Informe.pdf
- ²⁵ Alfaro González M, Vázquez Fernández ME, Fierro Urturi A, Rodríguez Molinero L, Muñoz Moreno M.F, Herrero Bregón B. Hábitos de alimentación y ejercicio físico en los adolescentes. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Revista en Internet]. 2016 [citado 18 de febrero 2019]; 18(71): 221-229. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5792228>
- ²⁶ Fundación Española de Nutrición. Patrones de hábitos alimentarios, estilos de vida y sobrepeso en niños y adolescentes españoles en el estudio científico ANIBES [monografía en Internet]. España; 2016 [citado 8 de marzo 2019]. Disponible en: http://www.fen.org.es/anibes/archivos/documentos/ANIBES_numero_5.pdf
- ²⁷ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Los adolescentes españoles: estilos de vida, salud, ajuste psicológico y relaciones en sus contextos de desarrollo. Resultados del Estudio HBSC-2014 en España [monografía en Internet]. España; 2016 [consultado 26 de abril 2019]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/HBSC2014/HBSC2014_ResultadosEstudio.pdf
- ²⁸ Alfaro González M, Vázquez Fernández ME, Fierro Urturi A, Muñoz Moreno MF, Rodríguez Molinero L, González Hernando C. Hábitos sexuales en los adolescentes de 13 a 18 años. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Revista en Internet]. 2015 [citado 14 de marzo 2019]; 17(67): 217-225. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5288651>

- ²⁹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. Informe Juventud en España 2016 Estadística [monografía en Internet]. Madrid; 2017 [consultado 17 de marzo 2019]. Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/2017/24/publicaciones/informe-juventud-2016.pdf>
- ³⁰ Blázquez Barba M, Gómez Romero D, Frontaura Fernández I, Camacho Ojeda A, Rodríguez Salas FM, Toriz Cano H. Uso de Internet por los adolescentes en la búsqueda de información sanitaria. Rev Aten Primaria [Revista en Internet].2018 [citado 22 de marzo 2019]; 50(9): 547-552. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656716306047>
- ³¹ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España 2017 [monografía en Internet]. Madrid; 2018 [consultado 8 de abril 2019]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/InformeVIH_SIDA_2018_21112018.pdf
- ³² Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Vigilancia epidemiológica en las infecciones de transmisión sexual en España, 2016 monografía en Internet]. Madrid; 2018 [consultado 8 abril 2019]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Vigilancia ITS_2016.pdf
- ³³ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre el equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares [monografía en Internet]. España; 2018 [consultado 11 de abril 2019]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/tich_2018.pdf
- ³⁴ Fundación Mutua Madrileña y Fundación ANAR. III Estudio sobre acoso escolar y ciberbullying según los afectados. Informe del Teléfono ANAR [monografía en Internet]. Madrid; 2018 [consultado 15 de abril 2019]. Disponible en: <https://www.anar.org/wp-content/uploads/2018/09/III-Estudio-sobre-acoso-escolar-y-ciberbullying-seg%C3%BA-los-afectados.pdf>
- ³⁵ Pichiule Castañeda M, Gandarillas Grande AM, Díez-Gañán L, Sonogo M, Ordobás Gavín MA. Violencia de pareja en jóvenes de 15 a 16 años de la Comunidad de Madrid. Rev. Esp. Salud Pública [Revista en Internet]. 2014 [citado 15 de abril 2019]; 88(5): 639-652. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5286344>
- ³⁶ Estadística de violencia doméstica y violencia de género en el año 2017. Instituto Nacional de Estadística [monografía en Internet]. España; 2018 [consultado 20 abril 2019]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/evdvg_2017.pdf
- ³⁷ Vázquez Fernández M.E., Muñoz Moreno M.F., Fierro Urturi A., Alfaro González M., Rodríguez Molinero L., Bustamante Marcos P. Estado de ánimo de los adolescentes y su relación con conductas de riesgo y otras variables. Rev Pediatr Aten Primaria [Revista en Internet]. 2013 [citado 26 de abril 2019]; 15(59): e75-e84. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v15n59/original1.pdf>
- ³⁸ Álvarez-Malé ML, Bautista Castaño I, Serra Majem L. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. Rev Nutr Hosp [Revista en Internet].2015 [citado 25 de abril 2019]; 31(5):2283-2288. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n5/50originalotros04.pdf>
- ³⁹ Ministerio de Educación y Formación Profesional. Sistema estatal de indicadores de la educación 2018 [monografía en Internet]. España; 2018 [consultado 26 de abril 2019].

- Disponible en: http://www.educacionyfp.gob.es/dms/mecd/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/educacion/indicadores/sistema-estatal/SEIE_2018.pdf
- ⁴⁰ Ruiz Lázaro PJ. Los problemas escolares en la adolescencia Rev Pediatr Integral [Revista en Internet]. 2013 [citado 28 de abril 2019]; 17(2): 117-127. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Los%20Problemas%20escolares%20%20en%20la%20Adolescencia%20PJ%20ruiz%20Lazaro.pdf>
- ⁴¹ Rodríguez Molinero L. Organización en la Atención Primaria. Rev Adolescere [Revista en Internet]. 2017 [citado 28 de abril 2019]; 5(2): 33-41. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num2-2017/33-41.pdf>
- ⁴² UNICEF. Guía de recomendaciones para la Atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad [monografía en Internet]. Argentina, 2011 [consultado 28 de abril 2019]. Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento108.pdf>
- ⁴³ Casas Rivero J, Iglesias Diz JL. La entrevista al adolescente. Rev Adolescere [Revista en Internet]. 2015 [citado 29 de abril 2019]; 3(2): 64-68. Disponible en: https://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/06/adolescere-2015-vol3-n2_64-68_La_entrevista_al_adolescente.pdf
- ⁴⁴ Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Programa de salud infantil (PSI) [monografía en Internet]. 2009, Madrid [consultado 30 de abril 2019]. Disponible en: <https://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil>
- ⁴⁵ Asociación Española de Pediatría. Manual de vacunas en línea de la Asociación Española de Pediatría [monografía en Internet]. 2019, Madrid [consultado 30 de abril 2019]. Disponible en: <https://vacunasaep.org/printpdf/documentos/manual/cap-11>

9. ANEXOS:

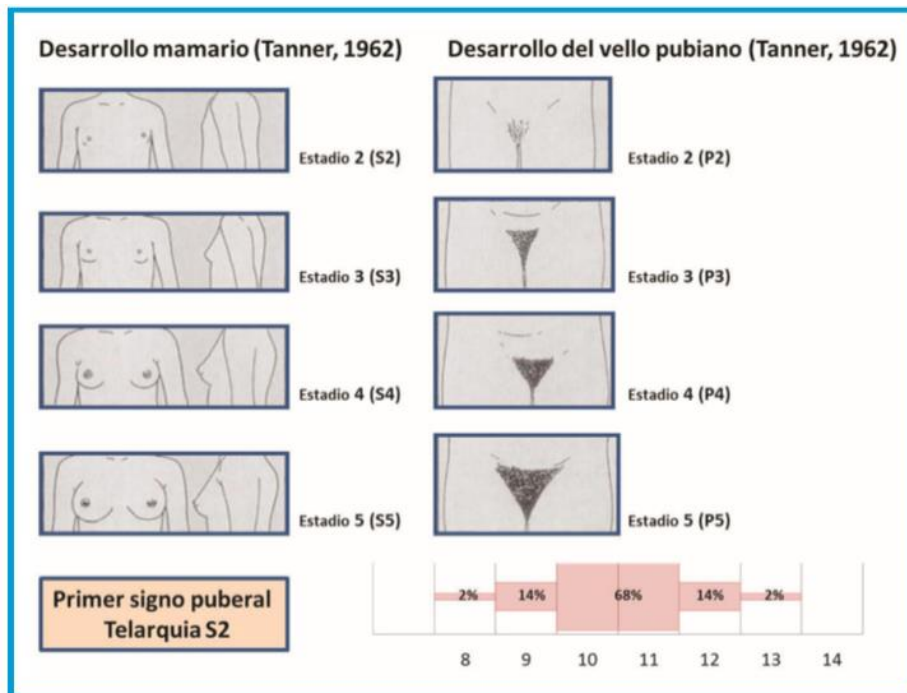
Anexo I: Acción de las principales hormonas durante la pubertad.¹

Hormona	Sexo femenino	Sexo Masculino
FSH:	Estimula el desarrollo de los folículos primarios y la activación de enzimas granulosas del ovario aumentando la producción de estrógenos.	Estimula la espermatogénesis.
LH:	Estimula las células teca ovárica para que se produzcan andrógenos y del cuerpo lúteo para que sintetizen progesterona; aumenta en la mitad del ciclo menstrual, induciendo la ovulación.	Estimula las células testiculares de Leydig para que produzca testosterona.
Estradiol:	Las contracciones bajas aumentan el crecimiento, los niveles altos aumentan la velocidad de fusión epifisaria. Estimula el desarrollo mamario, de los labios, la vagina y el útero; estimula el endometrio del endometrio proliferativo en el útero; incrementando la grasa corporal.	Aumenta la velocidad de fusión epifisaria; estimula la secreción de las glándulas sebáceas; aumenta la libido, la masa muscular y el volumen muscular.
Progesterona:	Convierte el endometrio proliferativo uterino en endometrio secretor; estimula el desarrollo del lóbulo alveolar de las mamas.	
Testosterona	Estimula el crecimiento lineal; estimula el crecimiento del vello púbico y axilar.	Acelera el crecimiento lineal; incrementa la velocidad de la fusión epifisaria. Estimula el crecimiento del pene, el escroto, la próstata y las vesículas seminales. Estimula el tamaño laríngeo, con cambio en la profundidad de la voz. Estimula la secreción sebácea. Aumenta la libido, la masa muscular y la cantidad de hematíes.
Andrógenos suprarrenales:	Estimula el crecimiento lineal y el vello púbico.	Estimula el crecimiento lineal y el vello púbico.

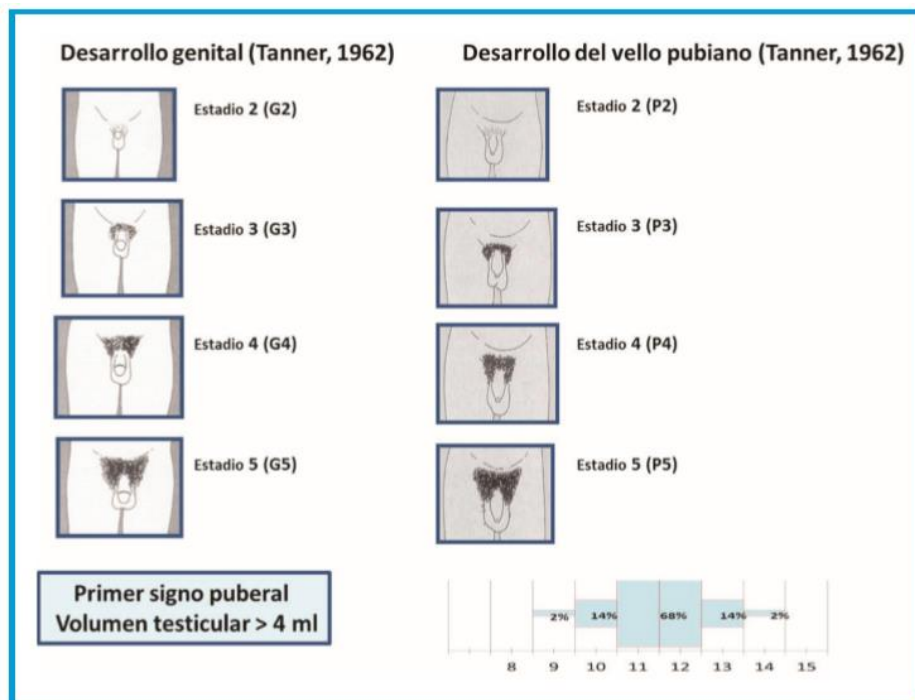
Anexo II: Desarrollo de los objetivos psicosociales durante la adolescencia según la clasificación la Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia.¹

Objetivos	Adolescencia inicial de 10 a 14 años	Adolescencia media de 15 a 17 años.	Adolescencia tardía de 18 a 21 años.
Independencia:	Menor interés por los padres. Alteración del comportamiento y humor.	Máximos conflictos con los padres, más tiempo con los amigos.	Reaceptación valores y consejos paternos. Dudas para aceptar la responsabilidad.
Imagen corporal:	Preocupación por su cuerpo y los cambios. Inseguridad por su aspecto y se comparan con otros.	Aceptación de su cuerpo. Interés por hacerlo más atractivo.	Aceptación de los cambios. La imagen corporal solo preocupa si hay alguna anomalía.
Amigos:	Interés y amistades con amigos del mismo sexo.	Máxima integración con los amigos y sus valores. Máximo peligro de conductas de riesgo.	Amigos y grupos menos importantes. Más tiempo en compartir relaciones íntimas.
Identidad:	Mayor capacidad cognitiva. Autointerés y fantasías. Necesidad de intimidad. Emergen sentimientos sexuales. Falta de control de impulsos - conducta arriesgada peligrosa.	Aumenta la capacidad intelectual. Mayor ámbito de sentimientos. Omnipotencia, inmortalidad: conduce a comportamientos de alto riesgo.	Pensamiento abstracto establecido. Objetivos vocacionales prácticos y realistas. Delimitan los valores religiosos y sexuales. Capacidad para comprometerse y establecer límites.

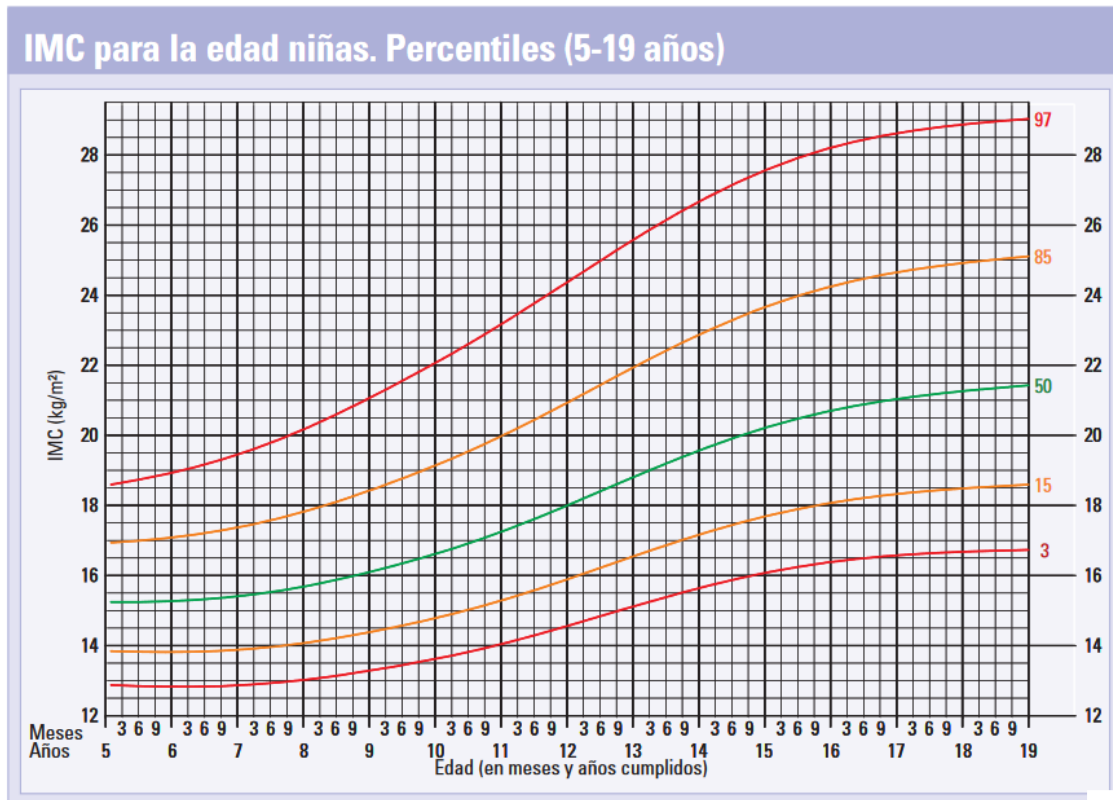
Anexo III: Estadios de Tanner en la mujer.³



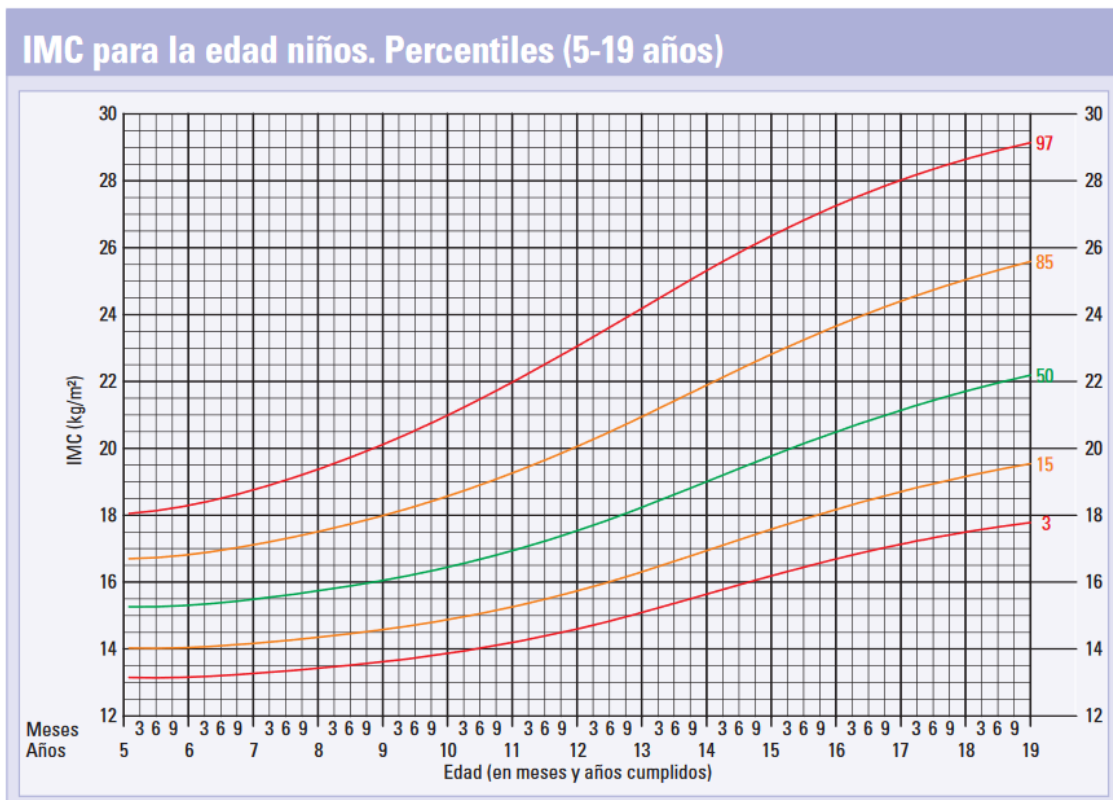
Anexo IV: Estadio de Tanner en el varon.³



Anexo V: Patrones de crecimiento infantil de la OMS. IMC para la edad niñas. Percentiles (5 a 19 años).⁴⁴



Anexo VI : Patrones de crecimiento infantil de la OMS. IMC para la edad niños. Percentiles (5 a 19 años).⁴⁴



Anexo VII: Percentiles de Tensión Arterial (mmHg) para niñas según edad y percentil de talla.⁴³

Edad	Percentilo de TA	TA sistólica(mmHg) Percentilo de estatura							TA diastólica(mmHg) Percentilo de estatura						
		5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th	5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th
10	50th	98	99	100	102	103	104	105	59	59	59	60	61	62	62
	90th	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76
	95th	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
	99th	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88
11	50th	100	101	102	103	105	106	107	60	60	60	61	62	63	63
	90th	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77	77
	95th	118	118	119	121	122	123	124	78	78	78	79	80	81	81
	99th	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	87	88	89
12	50th	102	103	104	105	107	108	109	61	61	61	62	63	64	64
	90th	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78	78
	95th	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82	82
	99th	127	127	128	130	131	132	133	86	86	87	88	88	89	90
13	50th	104	105	106	107	109	110	110	62	62	62	63	64	65	65
	90th	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79	79
	95th	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83	83
	99th	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	89	90	91
14	50th	106	106	107	109	110	111	112	63	63	63	64	65	66	66
	90th	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80
	95th	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84
	99th	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	90	91	92
15	50th	107	108	109	110	111	113	113	64	64	64	65	66	67	67
	90th	120	121	122	123	125	126	127	78	78	78	79	80	81	81
	95th	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85	85
	99th	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	91	92	93
16	50th	108	108	110	111	112	114	114	64	64	65	66	67	68	68
	90th	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81	82
	95th	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85	86
	99th	132	133	134	135	137	138	139	90	90	90	91	92	93	93
17	50th	108	109	110	111	113	114	115	64	65	65	66	67	67	68
	90th	122	122	123	125	126	127	128	78	79	79	80	81	81	82
	95th	125	126	127	129	130	131	132	82	83	83	84	85	85	86
	99th	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	91	92	93	93

Anexo VIII: Percentiles de Tensión Arterial (mmHg) para niños según edad y percentil de talla.⁴³

Edad (años)	Percentilo de TA	TA sistólica(mmHg) Percentilo de estatura							TA diastólica(mmHg) Percentilo de estatura						
		5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th	5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th
10	50th	97	98	100	102	103	105	106	58	59	60	61	61	62	63
	90th	111	112	114	115	117	119	119	73	73	74	75	76	77	78
	95th	115	116	117	119	121	122	123	77	78	79	80	81	81	82
	99th	122	123	125	127	128	130	130	85	86	86	88	88	89	90
11	50th	99	100	102	104	105	107	107	59	59	60	61	62	63	63
	90th	113	114	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95th	117	118	119	121	123	124	125	78	78	79	80	81	82	82
	99th	124	125	127	129	130	132	132	86	86	87	88	89	90	90
12	50th	101	102	104	106	106	109	110	59	60	61	62	63	63	64
	90th	115	116	118	120	121	123	123	74	75	75	76	77	78	79
	95th	119	120	122	123	125	127	127	78	79	80	81	82	82	83
	99th	126	127	129	131	133	134	135	86	87	88	89	90	90	91
13	50th	104	105	106	108	110	111	112	60	60	61	62	63	64	64
	90th	117	118	120	122	124	125	126	75	75	76	77	78	79	79
	95th	121	122	124	126	128	129	130	79	79	80	81	82	83	83
	99th	128	130	131	133	135	136	137	87	87	88	89	90	91	91
14	50th	106	107	109	111	113	114	115	60	61	62	63	64	65	65
	90th	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	79	80
	95th	124	125	127	128	130	132	132	80	80	81	82	83	84	84
	99th	131	132	134	136	138	139	140	87	88	89	90	91	92	92
15	50th	109	110	112	113	115	117	117	61	62	63	64	65	66	66
	90th	122	124	125	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80	81
	95th	126	127	129	131	133	134	135	81	81	82	83	84	85	85
	99th	134	135	136	138	140	142	142	88	89	90	91	92	93	93
16	50th	111	112	114	116	118	119	120	63	63	64	65	66	67	67
	90th	125	126	128	130	131	133	134	78	78	79	80	81	82	82
	95th	129	130	132	134	135	137	137	82	83	83	84	85	86	87
	99th	136	137	139	141	143	144	145	90	90	91	92	93	94	94
17	50th	114	115	116	118	120	121	122	65	66	66	67	68	69	70
	90th	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84	84
	95th	131	132	134	136	138	139	140	84	85	86	87	87	88	89
	99th	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97

Anexo IX: Edad e intervalo mínimos de administración necesarios para establecer pautas de vacunación de rescate o acelerada entre los 7 y los 18 años de edad en personas con vacunación completa o no vacunados.⁴⁵

VACUNACIÓN DE RESCATE o ACCELERADA ENTRE 7 Y 18 AÑOS DE EDAD Asociación Española de Pediatría 2019 Comité Asesor de Vacunas				
VACUNA	Edad mínima en la 1.ª dosis	Intervalo MÍNIMO entre dosis		
		De 1.ª a 2.ª dosis	De 2.ª a 3.ª dosis	De 3.ª a 4.ª dosis
Hepatitis B ¹	Recién nacido	4 semanas	8 semanas	-
Tétanos y difteria de baja carga antigénica ²	7 años	4 semanas	6 meses	6 meses
Poliomielitis ³	6 semanas	4 semanas	4 semanas	
Neumococo ⁴	6 semanas	-	-	-
Meningococos C y ACWY ⁵	2 meses	6 meses	-	-
Sarampión, rubeola y parotiditis ⁶	12 meses	4 semanas	-	-
Varicela ⁷	12 meses	4 semanas	-	-
Virus del papiloma humano ⁸	9 años	Pauta según preparado comercial		-
Meningococo B ⁹	2 meses	4 semanas o 6 meses	-	-